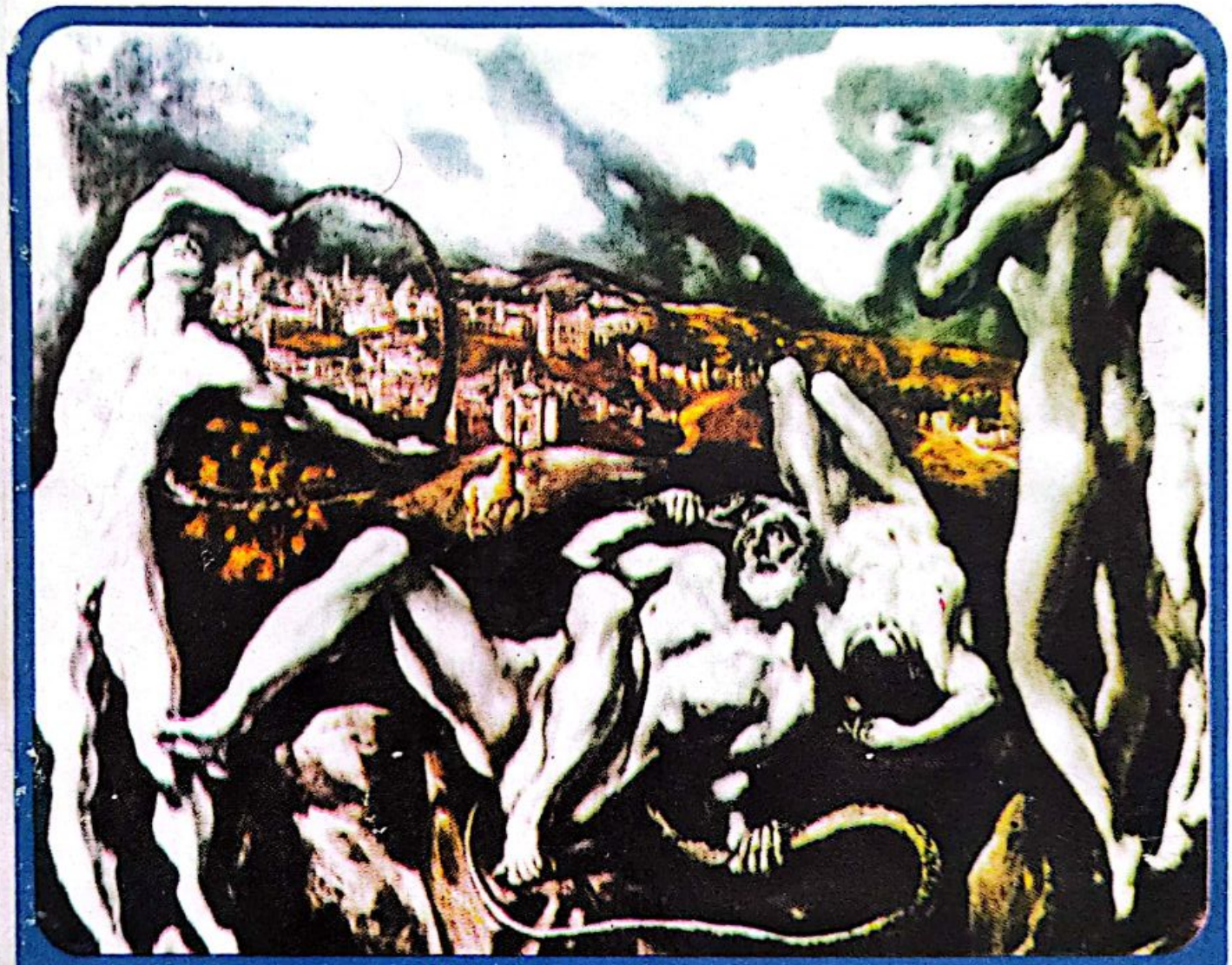
ESCULAP

PETRE BRÂNZEI



itinerar psihiatric

21

JUNIMEA · 1979

Scanned with CamScanner

PETRE BRÂNZEI

itinerar psihiatric

EDITURA JUNIMEA

IAȘI ⊙ 1979

Scanned with CamScanner

CUPRINS

Introducere la ediția I

Prefață la ediția a II-a

PARTEA I

CROCHIU PSIHOGNOSEOLOGIC

PRIN NEGURILE CUNOAȘTERII

Onirism și cunoaștere concretă 20
Naturism sau cunoaștere axiomatică 25
Empirism sau cunoaștere prin medicină 31

CUNOAȘTERE PRIN CREDINȚĂ SAU CREDINȚĂ FĂRĂ CUNOAȘTERE

Ev mediu și cunoaștere 40
Renaștere și cunoaștere 41
Despre epoca modernă a cunoașterii 43
Prin libertatea cunoașterii, la psihiatrie 46
Blîndețea împotriva violenței, axiologie psihiatrică fundamentală 49
Prin psihiatrie la științele despre om și mediu 56

DE LA CARITATE LA PSIHIATRIE SOCIALĂ

Stadiul asistenței caritabile 63
Stadiul modern al organizării asistenței psihiatrice . . 66
Curente și opinii în psihiatria contemporană 81
Semnificația relațiilor epidemiologice în asistența psihiatrică contemporană 89
Ecologo-epidemiologie și previziune psihiatrică 91

Scanned with CamScanner

PARTEA A II-A

SEMNIFICAȚIA DIAGNOSTICULUI PSIHIATRIC

Despre psihodiagnostic și opinia publică 103

ENUNȚUL ELEMENTELOR DE OBSERVAȚIE PSIHIATRICĂ 109

PSIHOGENEZA, EXPRESIE DINAMICĂ
ȘI UNITARĂ A INTERRELAȚIILOR BIO-PSIHO-SOCIALE

Ontogeneză umană și risc mintal 139
Dinamica stadială, particularitate dominantă
în psihogeneză 143
Demodularea senzorio-motorie, factor de estimare a riscului mintal potențial 151
Vîrsta mintală și coeficientul de inteligență 153

BIOPSIHOTIPOLOGIE ȘI CLASIFICARE NOSOLOGICĂ

Criterii și dificultăți în elaborarea clasificației bolilor psihice 160

CONSTITUȚII DIZARMONICE
ȘI REACȚII PSIHOGENE DE ADAPTARE

Conversiunile psihogene — egofilie structurală
sau refugiu în boală 187
Nevrozele — egofobie structurală
sau sindrom reactiv de adaptare 203
Egofilie nucleară și comportament aberant 221
Hipofrenie marginală 232
Oligofrenie graduală 237

PROCESUALITATE PSIHOTICĂ
ȘI PARTICULARITĂȚI NOSOLOGICE

Sindromul psihotic reactiv acut 250

PSIHOZE PREDOMINANT ENDOGENE

Psihoze hipertimice (afective) 255
Starea maniacală 257

Scanned with CamScanner

Starea melancolică 266
Sindromul maniaco-depresiv 274
Psihoze hipotimice (schizofrenia) 278
— autism constituțional, stări schizoidice și solipsism morbid 283
— psihoza hipotimică discordantă 287
— boală endogenă sau sindrom reactiv, considerații fizio-patologice 298
Delir acut și psihoze paralogice sistematizate
— idee sau sistem delirant; psihoze delirante acute; 303
parafrenia și paranoia 314
psihoza paralogică sistematizată,
forma mixtă interpretativ — halucinatorie 326

PSIHOZE PREDOMINANT EXOGENE

Meningo-nevraxita psihotică sifilitică
— boală în dispariție 355
Onirofilie și drogomanie
— particularitate morbidă a pulsiunilor umane . . 365
Alcoolofilie și alcoolomanie 371
Drogodependența și psihozele provocate de droguri . . 383

PSIHOSINDROAME ENDO-EXOGENE

Epilepsia, boală sau sindrom 399
Puerperalitatea și tulburările mintale 413
Senilitatea și demodulările personalității 420

PARTEA A III-A

RELAȚIA BIO-PSIHO-SOCIALĂ ÎN TERAPIA PSIHIATRICĂ

Simbol și tabu, parte și întreg 433

DESPRE PSIHOTERAPIE ȘI PROCEDURILE SALE

Psihoterapia arhaică 436
Psihoterapia izvorîtă din procedurile sugestive sau hipnotice 440

Scanned with CamScanner

Psihoterapia prin proceduri inductive de relaxare . . 459
Psihoterapia prin proceduri
persuasive „raționale“ sau „psihagogice“ 470
Psihoterapia integratoare : ergo- și socio-terapie . . . 473

DESPRE BIOTERAPIE ȘI MEDICAȚIA ENCEFALOTROPĂ

Bioterapia hipno-sedativă nespecifică 480
Terapia patogenică prin șoc biogen și somn prelungit . . 484
Chimioterapia predominant encefalotropă („psihotropă“) . 492
Criterii aplicative în urgențele psihiatrice 510

SEMNIFICAȚIA UNUI CONCEPT
TRIDIMENSIONAL ÎN PRACTICA PSIHIATRIEI CONTEMPORANE

Postfață 535
Résumé 539
Summary 543
Zusamenfassung 547
Резюме 551
Resumen 555

Scanned with CamScanner

De multă vreme mă preocupă gîndul cum ar fi mai bine să se procedeze pentru informarea celor interesați asupra evoluției multimilenare parcursă de geniul uman în descifrarea „arcanelor" propriei conștiințe și a bolilor sufletești.

În cele din urmă, am ajuns la convingerea că procedeul cel mai potrivit ar fi metoda unei prezentări progresive deductiv-inductive a variațiilor concomitente între „normalitatea" și „morbiditatea" psihică, metodă prin care s-a dezvoltat dealtfel atît psihologia cît și psihiatria. Deficiența primordială a unei asemenea tentative o constituie „didacticismul" pe care îl presupune orice expunere cu spirit de metodă și îl amenință, îndeosebi, pe acela care dorește să se adreseze opiniei publice, abordînd subiectul atît de complex al psihiatriei ca știință bio-psiho-socială.

Întrucît viața se interferează totuși atît de penetrant — și uneori percutant — cu progresele științei în general, cît și cu tensiunile care depășesc banda reactivității psihologice, credem că un *itinerar al cunoașterii suferințelor sufletești* poate să intereseze — deși din unghiuri diferite — pe toți aceia care se preocupă de psihism și salvgardarea sănătății mintale, indiferent de orientarea lor biomedicală, psihopedagogică sau umanist-artistică.

„Itinerarul Psihiatric" are ca plan director un concept bio-psiho-social, dinamic și totodată unitar, privind procesualitatea psihică în condiții normale și patologice, concept care exprimă dezvoltarea contemporană a orientării determinist-științifice a Școlii psihiatrice de la „Socola", finalizat prin succesiunea următoarelor părți componente :

PARTEA I evocă izvoarele și confruntările de opinii care au contribuit la dezvoltarea concomitentă a psihologiei și a psihiatriei, științe prin fuzionarea cărora se aspiră în prezent la elaborarea unei metodologii eficiente pentru apărarea și promovarea sănătății mintale.

Scanned with CamScanner

PARTEA a II-a se referă la criteriile medico-psihologice necesare formulării unui *psihodiagnostic al expresiei*. Prin intermediul psihodiagnosticului expresiei se configurează în continuare o incursiune în patologia mintală, corespunzător unor criterii nosologice şi fiziopatologice izvorîte din studiul clinic cu privire la cauzalitatea şi sindromatica psihiatrică, în vederea desprinderii esenţialului din particularităţile aspectelor care stau în faţa acţiunilor de apărare a sănătăţii mintale.

Teza acestei părţi constă în evidenţierea faptului că bolile psihice exprimă o concentrare în focar a proceselor de morbiditate generală, dinamica şi procesualitatea bolilor psihice variind concomitent şi în raport cu parametrii evolutivi economico-culturali ai unei societăţi date.

PARTEA a III-a abordează evolutiv principiile psihoterapiei şi bioterapiei psihiatrice, în scopul de a releva — în primul rînd — necesitatea unei metodologii bio-psiho-sociale, respectiv a *unei orientări terapeutice unitare prin determinismul* ei ştiinţific tridimensional.

Reflectînd aupra semnificaţiei şi implicaţiilor unei asemenea cărţi, dificilă nu numai prin complexitatea subiectului tratat, dar şi prin „ermetismul“ unui anumit limbaj de fuziune medico-psihologică caracteristic psihiatriei, s-ar părea totuşi că îşi găseşte justificarea în cadrul desfăşurării amplului program privind „perfecţionarea asistenţei sanitare“, program care nu-şi poate realiza pe deplin scopurile propuse, dacă nu cointeresează însăşi populaţia în dezvoltarea propriei conştiinţe de sănătate.

Or, cu toate că şi în domeniul sănătăţii mintale s-au realizat progrese remarcabile, nu este mai puţin adevărat că din lipsa unei suficiente informări psihiatrice tridimensionale — redată într-un mod dinamic şi totodată unitar — se resimt încă vestigiile unor opinii necorespunzătoare privind bolile psihice şi îndeosebi posibilităţile de integrare adaptativă ale acestor bolnavi.

Cu alte cuvinte, deşi psihiatria comportă încă multe necunoscute şi neînţelegeri, în aceeaşi măsură este evident şi faptul că în cuprinsul acestei discipline medicale de frontieră germinează mereu ideile acelor ştiinţe despre om, lume şi viaţă care prin sinteza lor vizează dezvoltarea interesului opiniei publice în favoarea promovării propriei sănătăţi mintale.

Iaşi, martie 1975

Scanned with CamScanner

Datorită interesului suscitat de apariția *Itinerarului psihiatric*, ne găsim acum în ipostaza publicării unei noi ediții ce se tipărește la aceeași editură de care ne leagă perenitatea preocupărilor pentru ființare și ca for de confirmare a realizărilor științifice gestate în Alma Mater Iasiensis.

O nouă ediție presupune, de obicei, precizări explicative și nuanțări tematice care, în cazul de față, nu apar a fi pe deplin semnificative în consensul lapidar al motivației inițiale.

Se poate spune totuși că *Itinerarul* propus a reușit să deschidă o cale utilă de abordare a problematicii psihiatriei contemporane în consensul unui concept tridimensional bio-psiho-social, dinamic și totodată unitar, despre ființa umană. Drept urmare, *Itinerarul* a necesitat să fie mereu delestat de aluviunile ce i-au blocat în decursul timpului sensul său medical progresist, psihiatria științifică străbătînd acum marea sirenelor pan- și anti-psihiatrizante.

Structura metodologică a *Itinerarului* are și dorește să păstreze un caracter de concertare orientativă asupra psihiatriei științifice, prin utilizarea variațiilor concomitente dintre normalitate și patologie, înțelegerea fiecărei părți solicitînd în mod necesar cunoașterea întregului pe care ele îl alcătuiesc.

Itinerarul dezvoltă în primul rînd conceptul școlii de la Socola ca exponent al psihiatriei românești, personalizat printr-o îndelungată reflectare și consecventă participare la drama celor aflați în suferință, spre a stimula astfel, prin cunoaștere, preocuparea populației pentru apărarea și promovarea propriei sale sănătăți.

Cu alte cuvinte, *Itinerarul* nu pretinde, nici la a II-a sa ediție, că ar epuiza cu rigurozitate didactică subiectul psihiatriei, ci aspiră doar să contribuie la înțelegerea și aprofundarea sa științifică, stare ce include — desigur — și consultarea cărților clasice de specialitate. Utilitatea unei asemenea modalități de adresare a reieșit totuși din constatarea posibilității de realizare, atît de către studenți cît și de către specialiști în domeniul medicinei, psiho-sociologiei și dreptului, a unor sinteze superioare privind cunoașterea omului în totalitatea lui.

Scanned with CamScanner

Totodată, satisfacția cunoașterii și interesul însușirii unei opinii științifice umanitare în domeniul promovării sănătății mintale de către însuși marele public * — căruia i s-a adresat în egală măsură *Itinerarul* — a reieșit și din afirmarea cărții pe plan editorial.

În sfîrșit, însă nu în ultimul rînd, ne revine ca o plăcută datorie de a sublinia expresia emoțională comunicată de numeroși suferinzi care au găsit în *Itinerar* elemente de sprijin în trecerea lor prin meandrele unor obscure opinii despre destinul bolnavului psihic.

In momentul actual al depășirii incertitudinilor, dificultăților și îndoielilor pe care le avea de străbătut apariția primei ediții a *Itinerarului,* găsim potrivită spicuirea cîtorva din reflecțiile unor specialiști cu privire la semnificația *Itinerarului* și a Școlii pe care o reprezintă :

> *Salutăm concepția originală a prof. P. Brânzei, conceptul bio-psiho-social, dinamic și unitar, privind procesualitatea psihică în condiții normale și patologice. Luînd naștere în cadrul confruntării intrapsihiatrice din țara noastră din ultimul deceniu, această concepție dinamică psihobiologică și sociopsihiatrică românească, creată în spiritul tradiției materialiste și umaniste a Spitalului Socola reprezintă, după părerea noastră, o concepție care va dinamiza și revoluționa psihiatria românească, ferind-o în același timp de segregarea formală a părților sale componente. Această concepție a fost dublată în același timp de crearea primului serviciu universitar de boli psihosomatice, de primul serviciu psihosocial și de un învățămînt psihologic pe care autorul conceptului bio-psiho-social l-a dinamizat. Nașterea unei psihiatrii dinamice românești pe aceste baze generoase, pentru care trebuie să fim recunoscători școlii de la Socola, reprezintă un mare salt în psihiatria românească* **.

Originile științifice și climatul umanist al dezvoltării conceptului bio-psiho-social în proiecția sa istorică apar conturate cu acuratețe concluzivă în comunicarea academicianului Vasile Pavelcu, prieten și colaborator dintotdeauna al școlii progresiste de la „Socola" *** :

> *...Ideea unității bio-psiho-sociale a omului este firul conducător al concepției marxiste ,materialist-dialectice și istorice asupra lumii...*
>
> *Dezvoltînd spiritul tradițional-științific al școlii de la „Socola", profesorul Brânzei a edificat explicit în domeniul psihiatriei con-*

---

* Regretăm că spațiul tipografic nu a permis includerea în finalul cărții a unui vocabular medico-psihologic deja pregătit în acest scop.

** I. C. Cucu, Ruxanda Răşcanu, Gh. Ciobanu : *Implicații teoretice și practice în abordarea nevrozelor și a bolilor psihosomatice,* în vol. Relațiile Interdisciplinare ale Psihiatriei, p. 156, ed. Socola, 1975.

*** V. Pavelcu : *Relațiile dintre psihologie și psihiatrie în cadrul centrului universitar Iași,* în vol. Relațiile Interdisciplinare ale Psihiatriei, p. 15-16, ed. „Socola", 1975.

Scanned with CamScanner

temporane conceptul bio-psiho-social — dinamic și totodată unitar, prin intermediul căruia s-au reunit în echipă multidisciplinară medici, psihologi, pedagogi, sociologi din centrul universitar ieșean în realizarea unui interesant studiu privind „Adolescența și adaptarea", concept tridimensional ce constituie firul roșu și al ultimei sale cărți de referință, intitulată sugestiv „Itinerar psihiatric".

Semnificația unui concept director în activitatea și tendințele unei grupări științifice — care reunește în echipă de lucru o multitudine de personalități și preocupări — apare tot mai evident conturată în perspectiva școlii de la Socola și a cărei contribuție în cadrul psihiatriei românești este particularizată de profesorul Vasile Predescu prin următoarele considerații :

Școala ieșeană a reprezentat totdeauna unul dintre detașamentele de frunte atît în crearea și organizarea unor instituții de specialitate în domeniul psihiatriei, cît și în fundamentarea conceptului determinist științific care călăuzește specialitatea noastră. Această fundamentare își găsește expresia majoră în conceptul tridimensional bio-psiho-social, la a cărui fundamentare științifică profesorul Brânzei are o contribuție esențială.

Școala ieșeană a avut nu o dată priorități și inițiative în organizarea asistenței și resocializării bolnavului psihic, în umanizarea instituțiilor spitalicești, în crearea, organizarea și dezvoltarea asistenței semi-ambulatorii și ambulatorii în domeniul psihiatriei. Colectivul acestei școli este renumit prin întreprinderea unor studii epidemiologice de mare amploare și valoare științifică, prin contribuțiile originale pe care le aduc în domeniul fundamentării psihiatriei biologice și a psihofarmacologiei moderne.

In epoca noastră această școală fruntașă a fost apreciată pentru rodnicia ei în diverse domenii de activitate și nu întîmplător Biroul regional — OMS pentru Europa a ales școala ieșeană ca bază de cercetare în domeniul la care ne referim *.

Ca în orice domeniu al științelor medicale și cu atît mai mult în situația complexă a patogenezei bolilor mintale, primul obiectiv în politica de apărare și promovare a sănătății constă în profilaxia primară a îmbolnăvirilor și atunci cînd îmbolnăvirea se produce, de a proceda, pe cît posibil mai eficient, la recuperarea suferindului ca latură specifică a profilaxiei secundare sau terțiare față de situațiile invalidante.

---

* V. Predescu — *Adaptare și integrare în mediul industrial*, p. 10, Ed. Socola, 1977.

Scanned with CamScanner

Generalizînd, rezultă corelativ că implicațiile biologice, psihologice și sociologice cu privire la subiectul sănătății mintale impun un ansamblu dinamic de acțiuni în acord cu particularitățile evolutive ale fiecărei societăți luate în parte. Indiferent care ar fi însă o situație dată, nu este posibilă salvgardarea sănătății mintale în afara cointeresării populației printr-o educare corespunzătoare, prefigurată ca un amplu proces preventiv cu structură predominant educativă, subiect care motivează însăși reapariția acestei cărți în a II-a ediție.

Aceasta este motivația consecvent evolutivă a conceptului bio-psiho-social — dinamic și totodată unitar — al școlii contemporane de la „Socola", dezvoltată pe linia sa tradițională determinist-științifică și umanitară.

Iași, martie 1978

Scanned with CamScanner

Crochiu psiho-gnoseologic

totul a fost spus și venim prea tîrziu după șapte mii de ani de cînd există oameni care gîndesc.

La Bruyère : *Les caractères*

Scanned with CamScanner

Naşterea Atenei (desen pe un vas antic — Apud Max Collingon).

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Prin negurile cunoașterii

Oricît de anacronică apare omului instruit de astăzi credința despre natura divină a sufletului, acest „tabu" de frică și speranță dăinuie totuși, la unele persoane, cu aceeași semnificație de refugiu ca și în mentalitatea străbunilor, adică o durabilă expresie conștientizată a instinctului de conservare, apărută în ontogeneza mintală odată cu întrebarea : „Cine sînt, de ce, cum exist ?"

Deși ontogeneza planului mintal se face cunoscută prin vestigiile unor activități umane cu zeci de mii de ani în urmă (scule, desene rupestre, obiecte de cult), acest spațiu evolutiv constituie doar o clipire față de macrointervalul filogenezei instinctuale care conferă substratul elevației conștientizate. Cu alte cuvinte, psihognoseologia nu poate să piardă din vedere semnificația pe care o conferă caracteristicile temperamentale înnăscute, față de educația primită și resimțită în planul conștiinței ca fiind de sine stătătoare.

Întrucît creierul omului permite, prin structura sa, diferențierea esențialului din particularitățile fenomenelor, gîndirea abstractizată a realizat o evoluție progresivă pe măsura descoperirii legilor naturii și respectiv a înțelegerii sensurilor lumii și vieții.

Tumultuoasa evoluție a geniului uman poate fi socotită că începe cu cel puțin trei milenii în urmă, adică, de cînd, prin intermediul scrisului, se demonstrează că înțelepții au gîndit bine încă de atunci asupra sensurilor propriei lor conștiințe, deși pentru cei mulți dintre contemporanii lor erau de neînțeles și nu rareori considerați drept „smintiți", rupți de realitatea credințelor strămoșești.

Ar fi totuși inexact să considerăm că geniul uman s-a dezvoltat cibernetic, progresiv accelerat, pe măsura descoperirii cauzalității fenomenelor ; că unii înțelepți ar fi văzut totul bine în întunericul neștiinței, după cum alții — în subiectivismul credinței lor — ar fi fost cu totul orbi în fața realităților, sau că nu ar mai exista contemporani dispuși să declare „război maimuțelor".

Esențialul constă în faptul, subliniat cu precădere de filozofii materialiști-dialecticieni, că înseși contradicțiile dintre cunoașterea sensurilor obiective și subiective ale lumii și vieții și lupta de emancipare, ca reflectare a evoluției cunoașterii contradicțiilor pe plan so-

Scanned with CamScanner

cial, au antrenat progresiunea psihognoseologică pînă la stadiul științelor contemporane. Intenția noastră nu vizează totuși un studiu al evoluției psihognoseologice, despre care s-au scris multe cărți bune, între care și o *Istorie a psihologiei* de către M. Ralea și C. I. Botez, de exemplu. *Noi am dori, în primul rînd, a da urmare unei pulsiuni omagiale față de înțelepții care s-au dăruit acțiunii pentru libertatea de a ne considera egali și nu supuși zeilor, pînă în măsura vindecării propriilor suferințe și neputințe sufletești.*

Onirism și cunoaștere concretă

Setea pentru cunoașterea și interpretarea tainelor naturii — calitativ diferită de „curiozitate" ca necesitate instinctuală de orientare elementară — i-a determinat pe oameni să caute, încă de la început, o explicație a tainelor sufletului în fantasmele visului.

Referitor la onirism ca izvor primordial al conceptului arhaic despre natura sufletului, este interesant de reținut că atît în spațiul mentalității primitive sau al ontogenezei infantile, cît și din disoluția delirantă a gîndirii, visul poate să confere convingeri afective tot atît de veridice ca însăși realitatea.

Modalitatea arhaică de generare a unui concept psihognoseologic pe baza trăirilor onirice este descrisă, cu o frumusețe unică de exprimare, în eposul homeric, care, la rîndul său, aglutinează mitica încă mai îndepărtatelor milenii. *Povestind* condițiile în care Ahile ajunge să se convingă de existența sufletului, văzîndu-l și vorbind în vis cu prietenul său Patrocle, ucis în luptă sub zidurile Troiei, rapsodul nu pierde din vedere nici rolul șocului afectiv și al saturației alimentare, nici rolul oboselii excesive și nici importanța zgomotelor grave și monotone, factori care împreună creează condițiile cele mai favorabile pentru desfășurarea stărilor onirice deosebit de puternice :

Grabnic ospățul, gătind, fiecare se puse la masă
Și ospătă din belșug și parte aveau toți deopotrivă.
Dar mai în urmă, cînd foamea și setea de tot și-alinară,
Ei la culcare spre corturi se duseră și adormiră.
Sta și Ahile culcat între cetele-i multe, pe locul
Gol de corăbii, la marginea mării, pe unde bat valuri
Și este vuetul mult, și ofta cu durere în suflet.
Cum atipi mai tîrziu și somnul, topindu-i necazul,
Dulce-l cuprinse pe el, că dalbele lui mădulare
Prea-și abosise gonind pe Hector' naintea cetății

(Iliada, C. XXVIII v. 55-64 ; Trad. Gh. Murnu)

Convingerea afectiv-onirică despre realitatea sufletului, ca entitate independentă față de soma (visul însuși apărînd ca o manifestare a sufletului care părăsește temporar corpul în timpul somnului „ca-

Scanned with CamScanner

re-i frate geamăn cu moartea"), constituie o modalitate explicativă caracteristică pentru cunoașterea arhaică, întîlnindu-se atît în epica populațiilor mediteraneene, cît și în bîlinele slavilor, eddele scandinavilor sau basmele lumii australe și totuși, pare-se că mai frumos spus ca oriunde, tot în Iliada :

Iată-i s-apropie sufletul bietului Nemețianul,
Însuși leit după stat, după fața cu ochii cei mîndri
Și după glas, după port. La creștet îi stete și-i zise :
„Dormi și de mine cu totul uitat-ai Ahile ? Eu nu sînt
Printre cei vii, ci sînt mort și-i păcat că de mine nu-ți pasă...
Asta i-a zis și s-a'ntins cu brațele el, ci pe dînsul
Nu l-a cuprins, căci sufletul, tocmai ca fumul, sub țărnă
S-a risipit țîrîind. Uimit dar Ahile se scoală,
Bate din mîini și mirîndu-se așa tînguios cuvîntează :
„Doamne, e drept că aievea pe lumea cealaltă mai este
Sufletul, umbra de om, dar neîntrupat e cu totul..."

(Id., 65-103)

Acceptînd natura sufletului ca ființă peste firea lucrurilor, mentalitatea arhaică i-a acordat totodată o anumită naivă amplasare în corpul pe care îl animă, de preferință în creier sau în inimă.

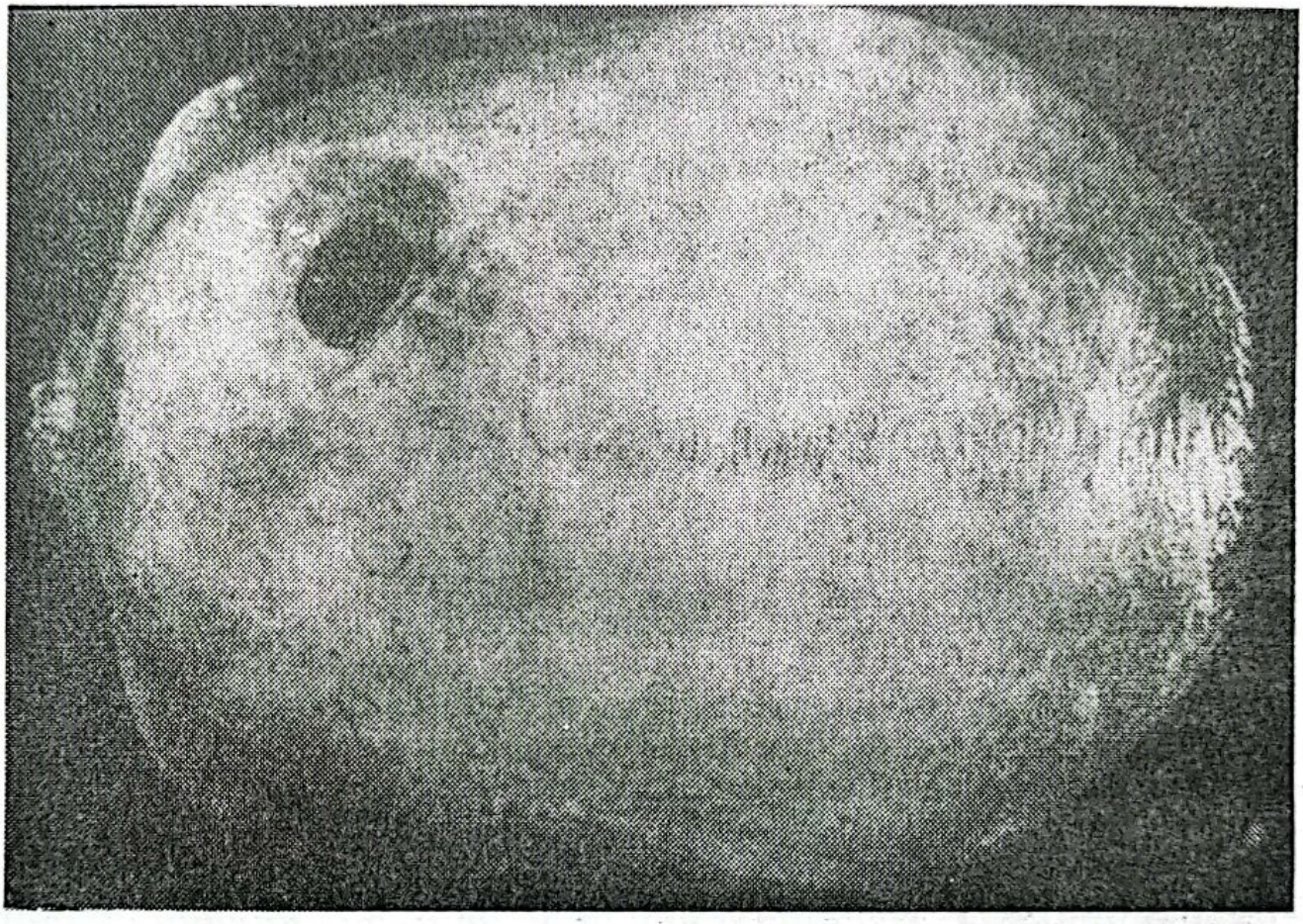
Stabilirea unei cauzalități între activitatea psihică și creier a rezultat, în primul rînd, din observarea faptului că rănirile și comoțiile cerebrale se pot însoți de întunecarea sau pierderea cunoștinței, convulsii, comă și eventual moarte (considerată ca părăsirea definitivă a trupului de către suflet). La această observație empirică, oferită frecvent de practica vînătorească și lupte, s-a adăugat în mod necesar și constatarea că organele principale de simț sînt legate de creier prin „ferestre" care, atunci cînd sînt „astupate", duc la întreruperea contactului nemijlocit cu mediul. Observația corelațiilor directe dintre luciditatea psihică și integritatea creierului a fost completată apoi explicativ prin imaginație și de constatarea că în creier există spațiile ventriculare, parcă anume destinate sălașului unui „spiriduș", bine protejat în minunata cutie craniană.

Plecînd de la corelația cauzală dintre luciditatea mintală și starea creierului, străbunii au folosit încă din epoca neolitică, și pe tot întinsul răspîndirii lor, trepanația craniană, atît în scopul tratării rănilor cerebrale, cît și, îndeosebi, ca ritual al „eliberării spiritelor" din capul unor „posedați", ritual practicat taumaturgic încă pînă nu de mult de aborigenii din munții Africii de nord și din Muntenegru, în cazuri de migrenă și epilepsie.

Străvechiul cult al zeiței Atena, „mintoasa cea născută din capul lui Zeus", atestă, de asemenea, corelația cauzală stabilită de populația mediteraneană, încă din preistorie, între creier și activitatea psihică. Credința elinică despre o zeitate clarvăzătoare generată direct din capul lui Zeus, cît și simbolul său antropomorfic — buf-

Scanned with CamScanner

nița — care vede în întuneric ca și ochii minții, își are, probabil, originea în mai vechea cultură afro-asiatică. Această filiație o atestă între altele și scrierile lui Herodot, care, vorbind despre „Misteriile lui Osiris", o denumește Atena pe zeitatea Neit cea adorată de su-



Craniu neolitic trepanat și cicatrizat intra vitam. (Apud Olga C. Necrasov și colab. :
Contribution a l'étude de la pratique de la trépanations chez les populations préhistoriques du teritoire de la Roumanie.
Przeglad antropologiczny, vol., XXV, Wroclaw, 1959).

mero-egiptieni ca simbol al înțelepciunii, „deschizătoarea de drumuri".

Epica homerică depune totuși, și de astă dată, mărturia cea mai clară despre corelația cauzală dintre luciditatea mintală și activitatea creierului, corelație care se presupune că o stabiliseră agerii aheieni încă din epoca organizării lor gentilice (la care se referă conținutul Iliadei de mai tîrziu). Iată, de pildă, cu cîtă îndemînare îl pune genialul rapsod pe arogantul Agamemnon să se dezvinovățească în fața armatei sale de însușirea silnică a frumoasei Brizeis, cea cucerită în luptă de Ahile, prin acuzarea unei „o r b i r i m i n t a l e" de natură erotică, care i-a „t u l b u r a t c r e i e r u l", precizînd diplomatic — spre cinstirea rangului său — că o asemenea stare îl afectase cîndva și pe Zeus :

Scanned with CamScanner

Nu eu sînt de vină ci numai
Zeus, Ursita și Furia, cea pășitoare prin umbră,
Care-n sobor mă făcură din minte să-mi ies ca nebunii
Și să răpesc lui Ahile răsplata cea dată de oaste.
Ce puteam eu împotrivă ? O zînă le pune la cale
Toate, copila închinată a lui Zeus, Orbirea dușmana,
Care prostește pe toți. Ea, moale-n picioare, nu calcă
Jos pe pămînt, ci în capul bărbaților umblă și-adese
Vatămă mințile lor, și pe alții ea-i puse-n cătușă.
Ea, bunăoară, de mult îl scoase din minți și pe Zeus,
Care între oameni și zei se crede că-i cel mai cuminte *

(Iliada, C. XIX, v. 84-94, Trad. Gh. Murnu)

Spre deosebire de predilecția elinilor pentru amplasarea „sufletului" la înălțimea creierului, ca și a zeilor în norii Olimpului, scrierile sumero-egiptene din mileniul III—II î.e.n. îi acordă ca lăcaș inima, „organul care dă căldura și mișcarea corpului". Nu se cunoaște totuși cu certitudine dacă reprezentarea „cardiacă" a sufletului era în general acceptată, deoarece aceleași texte vorbesc despre „ureche ca sediu al voinței care primește ordine și determină mișcarea".

Indiferent de „sediul" care se acorda sufletului, particularitatea convingerii arhaice constă totuși în faptul că natura sa era peste tot considerată ca fiind „peste firea lucrurilor".

*

„Marea Arcană" a sufletului, ca forță misterioasă peste „firea lucrurilor", a devenit încă și mai tulburătoare prin manifestarea bolilor psihice în afara unor aparente cauze naturale, boli a căror existență este confirmată încă de la începuturile omenirii, atît de craniile cepuite, cît și prin cuvîntul scris din cele mai vechi timpuri.

---

* Contrapunerea dintre pulsiunea erotică și reflexiunea potrivită comportamentului constructiv social, transpusă dialectic de rapsod în vorbirea lui Agamemnon, apare prefigurată artistic, din cele mai îndepărtate timpuri, prin relația „Eros-Psyche".

Este vorba despre dragostea dintre pămînteana Psyche și Eros (zeul *„pitic"*, care nu devenea *„întreg"* decît numai în tovărășia lui Anteros — *„amorul împărtășit")*, zeu care, spre a nu fi descoperit de mama sa (Venus cea geloasă), își întîlnea iubita numai sub protecția nopții. Curiozitatea Psyche-ei de a-și cunoaște partenerul provoacă drama despărțirii și chinurile căutărilor, pînă la apoteoza resuscitării, a imortalizării și comuniunii din care s-a născut fiica lor *„Voluptatea"*.

Din aparenta naivitate a suavului basm ancestral care își găsește apoi varianta cea mai potrivită fiecărui etos în parte, se desprinde însăși expresia vectorială a personalității umane :

Eros-Afectivitate ; Psukhê—Spiritualitate ; Telesma — Tabu — Societate.

FINTINARU NECULAI

Scanned with CamScanner

Miturile sumeriene despre începuturile lumii, transpuse în „cărțile de teracotă", datînd din mileniul IV î.e.n. (care au servit ca sursă de inspirație și pentru texte biblice), prezintă fratricidul lui Cain ca o stare afectivă de orbire mintală care l-a determinat să-l ucidă pe Abel, „deoarece amîndoi iubeau pe sora lor Aklima singura fată de pe lume".

Scrierile medico-sacerdotale egiptene cuprind și elemente psihiatrice, ca următoarea descriere a melancoliei :

> *Dacă inima slăbește și a devenit supărăcioasă, dacă inima i-a gustat mîhnirea, atunci i s-a stins sufletul, iar întunericul a pătruns în sufletul său în urma supărării care-i face mult rău, căci îi mănîncă inima.*
>
> (Papirusul din Luxor, 1550 î.e.n.)

Literatura biblică descrie psihoza halucinatorie a regelui babilonian Nebukadenzar, cît și crizele depresive ale regelui Saul.

Abilul David, la rîndul său, fugind de mînia lui Saul și căzînd în dizgrația regelui Achîș, la curtea căruia se refugiase, a imitat o criză de agitație maniacală, salvîndu-se astfel de la moarte.

Epica elinică descrie echivalențele epileptice de care era cuprins periodic legendarul Hercule, în cursul unui asemenea acces masacrîndu-și familia. De fapt, de aici începe eposul „muncilor herculeene", în vederea autoispășirii, ciclu de fapte eroice care este punctat de o altă echivalență în cursul căreia l-a ucis pe Ifite. Epica elinică mai descrie stările halucinatorii ale paricidului Oreste, raptusul suicidar al impulsivului Ajax sau malignitatea Medeei prefigurată, din această cauză, alături de Oistros — zeul nebuniei.

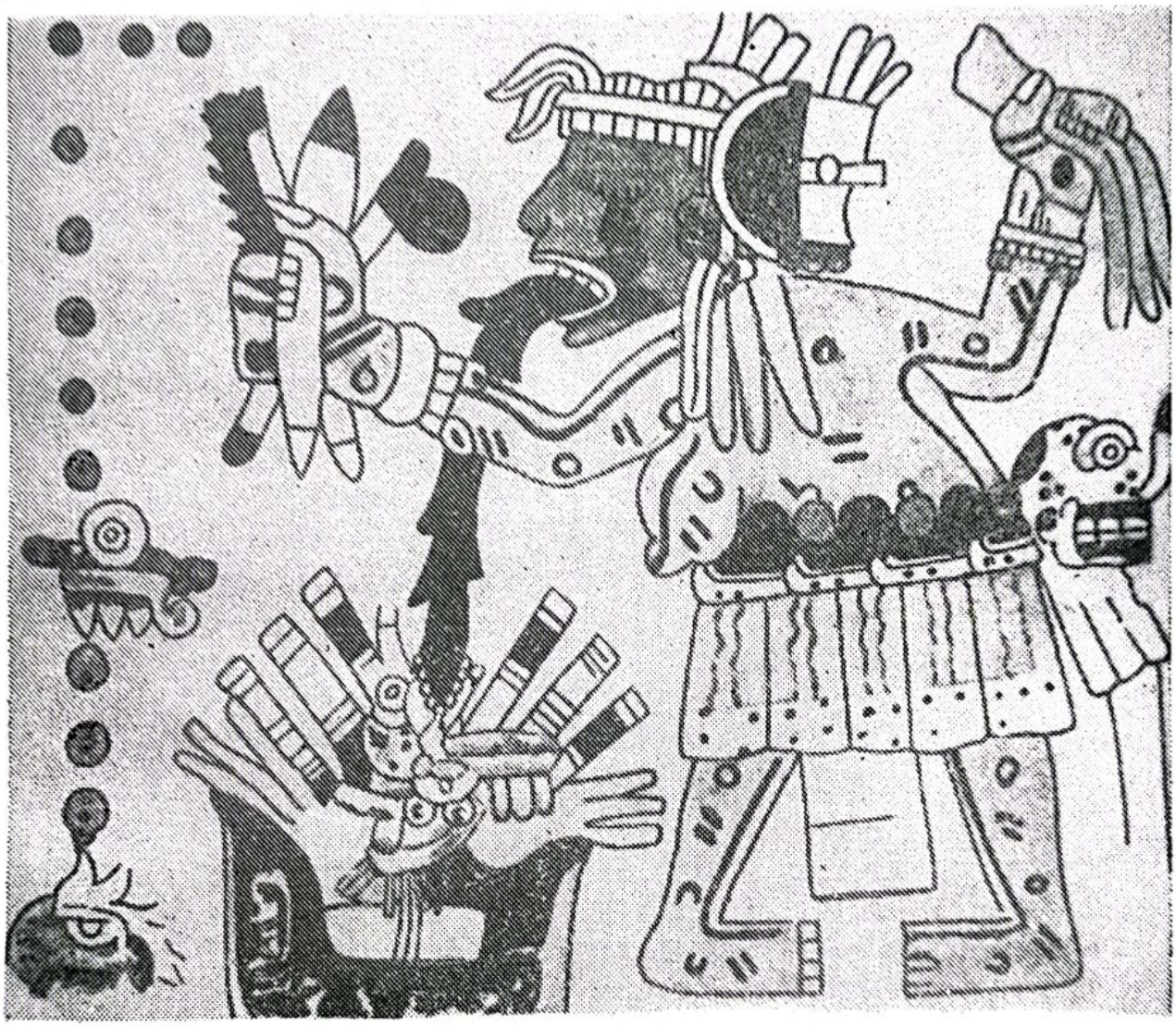
> *O serozitate pernicioasă care reținută în cap și asociată cu bila neagră se răspîndește furioasă în vene și făcîndu-și drum pînă în vîrful capului, își revarsă teribilul său flux în creier și slăbește imediat acea parte a sufletului care cu puterea rațiunii ocupă și conduce creștetul omului și întunecă și răstoarnă căile divine ale inteligenței.*
>
> (Platon, *Timeo*)

Subliniind vigurosul spirit de observație al străbunilor înțelepți, nu mai apare surprinzător faptul că ei au ajuns la constatarea unor corelații între ereditate, factorii de mediu, activitatea creierului și tulburările mintale, și mai cu seamă în cazul dramaticului paroxism epileptic, indiferent dacă reprezentau cultura mediteraneană, pe cea afro-asiatică sau misterioasa cultură maya a îndepărtatei lumi premexicane, corelații care se vor stabili pe deplin în cumpăna primului mileniu î.e.n.

Scanned with CamScanner

Naturism sau cunoaştere axiomatică

Pe fundalul obscur al cunoaşterii arhaice, cu aspiraţiile sale de refugiu protector în speranţele supravieţuirii generată de spaimele existenţei, începînd cu a doua jumătate a primului mileniu î.e.n. se



„Ciuateotl" : contorsionata zeitate maya a epilepsiei, cu a sa ciudată costumaţie, prefigurează milenar şi riscul transmiterii genetice al bolii respective. (Apud *Codex Vaticanus B)*

proiectează cu o reverberaţie deosebită pentru viitor „vorbirea" unor înţelepţi care afirmau opinii în esenţă materialiste despre natura lumii şi a conştiinţei.

Doctrina „Carvaka" *, dezvoltată în India începînd din secolul VI î. e. n., afirma imposibilitatea existenţei separate a corpului şi spiritului şi rolul senzaţiilor ca izvor al cunoaşterii. Datorită acestei orientări, medicina antică indiană acorda un rol important factorilor naturali în generarea bolilor mintale :

---

* Apud *Istoria filozofiei.* Trad. Ed. Şt. Bucureşti, 1952.

Scanned with CamScanner

Dacă gravida nu este ferită de emoții violente, poate naște un epileptic; dacă femeia bea în timpul graviditățiî, naște un copil cu minte slabă.

(Susruta)

Doctrina „Daoistă" *, dezvoltată în China, afirma că „Dau este materia tuturor lucrurilor, constituită din ți, particule foarte mici".

Corespunzător axiomaticii „atomistice" a contrariilor, tulburările mintale paroxistice erau considerate ca provenind din separarea violentă a dublului element „thîn-khi" :

thîn. *fiind lipsit de* khi, *elementul său regulator, provoacă o răsturnare mintală totală pînă la insensibilitate și amnezie, în timp ce* khi *se revarsă cu violență în sînge provocînd convulsii.*

Explicarea axiomatică a stărilor paroxistice prin „ciocnirea" sau „separarea" violentă a unor elemente fizice „contrarii", caracteristică culturilor din sec. VI—IV î. e. n., impresionează prin forța opiniei înțelepților din acele timpuri, care fac primul pas spre gîndirea științifică, încălcînd tabu-ul despre răbufnirea forțelor supranaturale în corpul omenesc, credință care își mai păstrează încă vestigiile și în ocultismul contemporan.

Deși în cumpăna primului mileniu î. e. n., preocuparea pentru o explicație fizică a fenomenelor sufletești se resimte pe un areal foarte întins, diferențierea unei filozofii a naturii se produce, totuși, ca un fenomen remarcabil prin semnificația sa ideologică evolutivă, în sînul societății vechilor elini.

Firea iscoditoare a elinilor, credința lor panteistă în niște zeități pe care nu prea le luau în serios și lipsa unei teocrații constrictive, ca în lumea orientală, cît și dispersiunea în așezări cu interese opuse între ele și în continuă luptă de clasă în cuprinsul fiecăreia, au constituit o complexitate de factori care au favorizat, cu precădere, diferențierea unei filozofii laice în perioada clasică a Greciei Antice.

După conținutul său, această filozofie mai este denumită *Filozofia naturii,* iar după locul de naștere — *Filozofia ioniană.*

Nucleul inițial al filozofiei elinice s-a dezvoltat în cadrul Școlii înființată la Milet de coloniști ionieni în cursul veacului al șaselea î. e. n. Școala filozofică „milesiană", care avea ca temă fundamentală cunoașterea universului, a fost condusă de Thales (624—547), Anaximandru (610—525) și Anaximene (585—547), mari învățați, inovatori în matematică și cosmologie.

După distrugerea orașului de către perși (497 î. e. n.), conceptul milesian despre rolul primordial al unui factor fizic în continua

---

* Apud *Istoria filozofiei.* Trad. Ed. St. București, 1952.

Scanned with CamScanner

devenire a universului (apa, aerul, apeiron) a fost preluat, şi abstractizat totodată, prin criptogenetica semnificaţie acordată „numărului“ de către Pitagora (580—500 î. e. n.) în cadrul şcolii de la Crotona.

Opus conceptului despre universul în continuă mişcare prin opoziţia contrariilor, susţinut de „fizicienii“ milesieni sau „abstracţioniştii“ pitagoreici, şcoala din Elea, înfiinţată de ionianul Xenofan şi dominată apoi de puternica personalitate a lui Parmenide (cca. 500 î. e. n.), propovăduia (în ermetice expuneri versificate, de o deosebită frumuseţe, care l-au fermecat şi pe Platon), imuabilitatea universului „încremenit în veşnicie“.

Este interesant de reţinut că Pitagora — ionian originar din insula Samos, iniţiat în cultura sacerdotală sumero-egipteană, şi apoi animatorul şcolii medico-filozofice de la Crotona (Grecia Mare de atunci şi Italia de astăzi) — acorda tezei despre metempsihoză un sens biologic evoluţionist, considerînd că „regnul vegetal, regnul animal şi omul se înrudesc în toate, avînd acelaşi principiu comun, care este viaţa, omul deosebindu-se de sufletul animal prin raţiune, care-l apropie de zei“. De asemenea, înţelegem de ce considera inima ca sediu al sufletului, întrucît afirma că „fiecare fiinţă provine dintr-un germen care conţine două substanţe : una din care se dezvoltă toate părţile corpului şi cealaltă parte care este un fel de abur cald, din care se dezvoltă sufletul“ *.

În vehementă opoziţie cu fixismul eleat şi metafizica pitagoreică, Heraclit din Efes (535—475 î. e. n.) dezvolta de o manieră ermetică (ce i-a atras şi denumirea de „obscurul“) o doctrină asemănătoare monismului fizic milesian, el preconizînd „focul“ drept cel mai autentic logos universal în dialectica contrariilor :

> *Această lume, aceeaşi pentru toţi, n-a făurit-o nici vreunul din zei, nici vreunul din oameni. Ea a fost întotdeauna, este şi va fi un foc veşnic viu, care după măsură se aprinde şi după măsură se stinge* **.

Acestea au fost principalele Şcoli antice de a *gîndi bine*, care au generat în timpul Greciei clasice o virulentă confruntare de opinii, cu semnificaţie deosebită şi în eliberarea medicinii de prejudecăţile arhaice. Spiritul înnoitor elin se manifesta chiar şi în ambianţa ezoterică a Şcolii de la Crotona : medicul filozof Alcmeon susţinea, de pildă, pe baza observaţiei şi disecţiei, că organul simţirii şi al cunoaşterii este creierul, deoarece la el ajung „canalele“ care produc impresiile din afară ; la rîndul său, medicul filozof Empedocle, întemeietorul Şcolii de la Agrigente, dezvoltînd conceptul pitagoreic despre echilibrul elementelor fizice contrarii de „frig-cald, umed-

---

* Apud M. Ralea, C. I. Botez : *Istoria psihologiei*, Ed. Acad. R.S.R., 1958.
** Apud Ion Banu : *Heraclit din Efes, Fragment 1*, Ed. Şt. Bucureşti, 1963.

Scanned with CamScanner

uscat" în păstrarea sănătății (noțiunea homeostazică de astăzi), și a înrudirii evolutive a omului cu animalele, „ca membrii aceleiași familii", sugerează ideea transformismului de mai tîrziu în biologie.

Anaxagora dezvolta teoria „Homeomeriilor" și considera rațiunea ca o funcție de sinteză a proceselor de cunoaștere prin mijlocirea organelor de simț, atrăgîndu-și oprobriul aristocrației și surghiunul pentru poziția sa democratică.

Democrit (învățatul după care „sărăcia într-un stat democratic este preferabilă pretinsei fericiri a despoților") afirma în *Cauze privitoare la ființe vii :*

> *Universul este o combinație atomică în continuă schimbare de raporturi, mișcarea și ciocnirea lor producîndu-se după anumite legi care pot fi înțelese de rațiunea umană... Rațiunea nu se află în afara naturii, ci este strîns legată și condiționată de ea... Deci nu zeii, ci natura se află la bazele dezvoltării universului.*
>
> (Fragmente)

Sofiștii, la rîndul lor, concluzionau prin Protagoras că „sufletul nu este altceva decît senzații", combătînd totodată și autarhia aristocratică care se considera orînduire socială imuabilă, ca însăși „ordinea universului creată de zei".

Libertățile democratice din timpul lui Pericle (444—429 î. e. n.), care favorizaseră dezvoltarea conceptului atomist al lui Anaxagoras și Democrit și *senzorialismul* lui Protagoras, devin apoi tot mai precare la Atena, în condițiile nefavorabile create de îndelungatul război peloponeziac ; sofiștii sînt tot mai mult acuzați că prin liberalismul și ateismul lor au atras blestemul zeilor asupra Atenei bîntuită de ciumă — care îl secerase și pe Pericle — și se cerea tot mai insistent reîntoarcerea la tradițiile strămoșilor.

În aceste noi condiții sociale, devine dominant raționalismul subiectivist al lui Socrate și Platon.

Dezvoltînd teoria esenței lucrurilor, exprimată prin „concepte", ca elemente de bază ale gîndirii, Socrate (461—391 î. e. n.) marchează începuturile logicii formale și, prin folosirea introspecției deductive, creează metoda de studiu a psihologiei subiective, pe care o subordonează conceptului despre capacitatea apriorică a oamenilor de a cunoaște esența adevărului imuabil :

> *Instinctul, vocea interioară (daimon), îmi dictează că există ceva divin în noi, sufletul, care conduce trupul și care are privilegiul de a cunoaște divinitatea *.*

Credința despre natura divină a sufletului nu l-a scutit totuși pe Socrate de a fi condamnat la moarte, ca unul care „ofensa pe zei și corupea tineretul".

---

* Apud. V. S. Sergheev : *Istoria Greciei antice.* Trad. Ed. St., București, 1958.

Scanned with CamScanner

Platon (427—347 î. e. n.), discipolul lui Parmenide și Socrate, a transformat „conceptele" raționalismului subiectiv socratic în entități metafizice apriorice, „Ideile" :

> *Ideile — adevărurile eterne — pe care oamenii le-au contemplat nemijlocit în decursul unor existențe anterioare, cînd sufletele înaripate au străbătut lumea inteligibilă în suita zeilor.*
>
> (Fedru)

Din magma gnoseologiei mistice despre lumea ideală, cu atît mai evident se desprind astăzi elementele de observație fiziologică în legătură cu substratul funcțiilor psihice, pe care Platon le ierarhiza asemănător conceptului evoluționist pitagoreic :

— *epitimia,* principiul impulsiilor organice nediferențiate, pe care îl au și plantele, localizat în viscerele abdominale ;

— *timia,* principiul afectivității, pe care-l au și animalele, localizat în inimă ;

— *nous-ul,* principiul rațional („logos"), pe care-l posedă numai omul, localizat în creier, deoarece sufletul rațional nemuritor tinde să se smulgă din corpul ce-l închide spre a se înălța în lumea ideală *(Timeu, Fedru).*

Unitatea acestor nivele anatomo-fiziologice, necesare activității psihice, considera că se realizează „prin mijlocirea măduvei spinării, care leagă creierul și viscerele între ele", sufletul intrînd în legătură cu lumea înconjurătoare prin organele de simț ; impresiile slabe, „care nu trec de la corp la suflet", lăsîndu-l pe acesta netulburat — „apatis".

Referindu-se la memorie, marele gînditor a enunțat celebra teorie a „engramelor", în funcție de structura individului, cu o inegalabilă plastică metaforică :

> *Fii de acord cu mine că există în sufletul nostru tablete de ceară, mai moi în acesta, mai tari în acela, făcute dintr-o ceară mai pură într-unul, dintr-alta mai amestecată la altul, la unii foarte moale, la alții foarte tare, la alții păstrînd linia de mijloc. Să spunem că aceste tablete sînt un dar al Mnemosinei, mama muzelor și imprimînd acolo senzațiile și reflexiile noastre, noi însemnăm, ca printr-o pecete, numele lucrurilor de care vrem să ne aducem aminte, printre acelea pe care le-am văzut sau auzit sau gîndit ; că ne reamintim și știm ceea ce e imprimat acolo, atîta timp cît se menține imaginea lor și că atunci cînd ea se stinge sau n-a fost posibil să se graveze acolo, noi o uităm și nu o cunoaștem.*
>
> (Teetet)

Descrie asociațiile de idei prin continuitate și prin asemănare, ca fenomene de reminiscență ale „memoriei empirice", asociații ce le diferențiază însă de „reminiscența rațională" — „noisi" — ca expresie a „existenței imateriale a sufletului în lumea ideilor".

Scanned with CamScanner

Gîndirea o considera, ca și Socrate și sofiștii, reunirea logică a conceptelor în curs de generalizare, un „discurs interior", elaborat prin întrebări și răspunsuri, afirmații și negații, spre deosebire de limbajul vorbit, „discursul exterior", care reflectă gîndirea rațională.

Totodată, consecvent teoriei sale „ideale", referindu-se la bolile psihice, Platon diferențiază „mania" (nebunia provocată de cauze somatice) de stările delirante, pe care le considera frenezii inspirate de zei, ca și în cazul artelor : delirul profeților — inspirat de Apolon ; delirul poeților — inspirat de muze ; delirul bacantelor — inspirat de Bachus ; delirul îndrăgostiților — inspirat de Eros *(Fedon)*.

Aristotel (384—322 î. e. n.), medic și filozof cu spirit de metodă empiristă, definește pentru prima oară psihologia „știința ce își propune ca obiect de a cunoaște natura și esența sufletului mai întîi, iar în al doilea rînd — toate fenomenele care se referă la el" : *(De Anima)*.

Aristotel considera sufletul o „entelechie", ca expresie a organizării superioare a materiei, cu componentele sale iraționale și raționale :

> *Senzația se află la începutul cunoașterii, fără a fi prin ea însăși cunoașterea, ființa, conștiința. Din senzație se naște memoria, din memoria des repetată a aceluiași obiect se naște experiența.*
>
> *Experiența este pentru oameni punctul de plecare al științei și al artei...*
>
> *Toate animalele au senzație, unele au și memorie, dar omul are în plus raționamentul prin care desprinde generalul din particularul ce-l conține...*
>
> *Acel care observă fără încetare natura poate formula ipoteze care să lege împreună mari categorii de fapte. Pe această cale, deschisă de Leucip și Democrit, s-a reușit să se explice fenomenele naturale plecînd de la o bază reală, într-un fel sistematic și metodic, fără să negăm, cum au făcut eleații, faptele date de percepția sensibilă, nașterea, distrugerea, mișcarea și pluralitatea lucrurilor.*
>
> (De Anima și Metafizica)

Aristotel considera, ca și pitagoreicii, că substratul energetic al activității psihice îl constituie „pneuma" (vapor constituit din particule foarte fine, care se antrenează prin cord odată cu sîngele în tot organismul), bolile psihice provenind din ruperea echilibrului principiilor contrarii de „frig" și „cald", care asigură sănătatea în general (principii pe care le denumim astăzi „excitație și inhibiție").

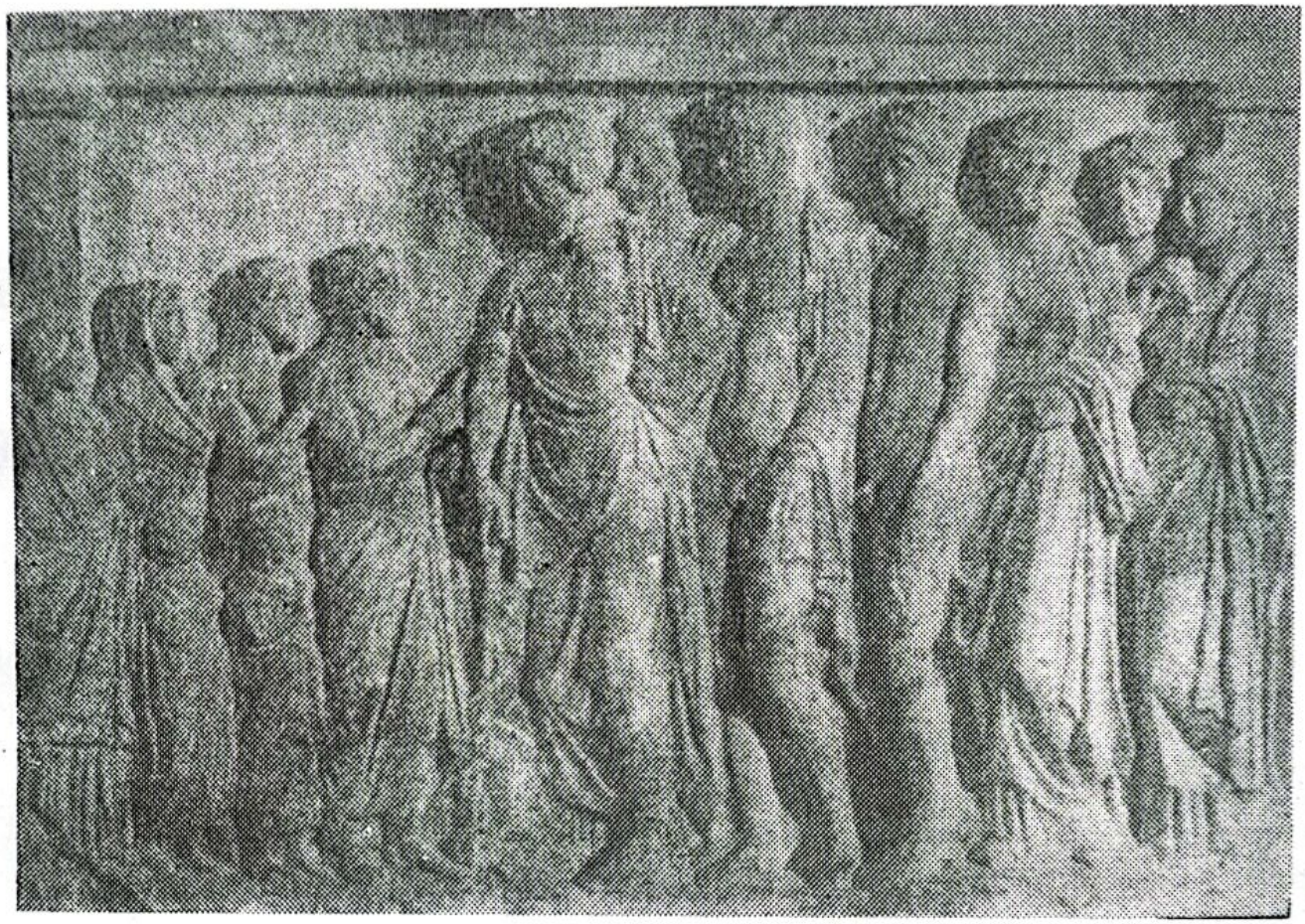
Conceptul aristotelic a constituit un „modul" dinamic pentru dezvoltarea monismului psihognoseologic materialist, antipodal orientării idealiste platoniene — „modelul" inegalabil al tuturor teoriilor dualiste de mai tîrziu.

Scanned with CamScanner

Empirism sau cunoaştere prin medicină

Face cît oameni mai mulţi un om care vindecă oameni

(Iliada)



„Asclepeios şi familia sa" : Epionea, Mahàon, Podaliro, Higeea, Iaso şi Panacea, în faţa pacienţilor recunoscători.

(Basorelief atic, cca. 370 î.e.n.)

Medicina se bucura la toate popoarele antice de o aleasă preţuire. Spre deosebire însă de culturile afro-asiatice, unde medicina constituia în primul rînd o preocupare ezoterică-sacerdotală, la vechii elini „alinătorii suferinţei" aveau o preocupare dominant laică, însuşi miticul Asclepeios (Esculap) fiind un pămîntean zeificat pentru arta de a vindeca prin leacuri potrivite.

Tot la elini, atunci cînd în cursul veacului V î. e. n. s-a diferenţiat filozofia de religie, s-a produs şi desprinderea medicinii ca ştiinţă din cuprinsul general al filozofiei, datorită celebrului Hipocrat, considerat chiar de contemporanii săi „părintele medicinii" (Aristotel).

Hippocrates (450—377 î. e. n.), asclepeiadul din insula Cos, prietenul lui Democrit, adept al evoluţionismului lui Empedocle şi al

Scanned with CamScanner

concepției lui Alcmeon despre rolul creierului în activitatea psihică, a diferențiat medicina ca știință, folosind tot ce era mai bun la predecesori :

> *Medicina se află de multă vreme în posesia unui principiu și a unei metode pe care le-a găsit. Cu acești îndrumători au fost realizate numeroase descoperiri în decursul secolelor, și restul va fi descoperit de oamenii capabli care cunoscînd descoperirile vechi le iau ca punct de plecare în cercetările lor.*
>
> (Tratatul despre vechea medicină)

Principiul călăuzitor al medicinei hipocratice se baza pe studiul determinist al cauzalităților dintre individ și mediu, agent patogen și reactivitatea față de boală, în funcție de constituție și factorii naturali care o influențează :

> *Orice boală are o cauză naturală și nimic nu se întîmplă fără intervenția naturii... Nu există boli divine datorită intervenției zeilor... Natura este primul medic al bolnavilor și numai favorizînd eforturile sale vom obține oarecare succes.*
>
> (Despre aer, ape și locuri)

În ceea ce privește bolile psihice, Hipocrat a combătut credințele despre influențele supranaturale, arătînd că acestea sînt determinate de dezechilibre umorale, diverse îmbolnăviri viscerale sau prin vătămarea directă a creierului, creînd astfel bazele materialiste ale psihiatriei științifice de mai tîrziu.

Spre deosebire de Platon, care considera „frenezia" rodul unei inspirații divine, Hipocrat denumea „frenitis" psihozele în general, în cadrul cărora deosebea forme idiopatice, ca mania și melancolia, și forme simptomatice, ca delirul acut febril, frenezia alcoolică și puerperală, boli a căror simptomatologie fundamentală a expus-o lapidar în cartea a 5-a despre *Epidemii.*

În privința epilepsiei, Hipocrat manifesta o acută atitudine critică împotriva prejudecăților :

> *Față de celelalte boli, aceasta nu are nimic divin într-însa, ci caracterul ei este același ca și al celorlalte boli. Oamenii însă, din nepricepere și nedumerire, au crezut că natura acestei boli ar fi de cauză divină deoarece nu e asemănătoare cu nici una din celelalte boli.*
>
> (Aforisme)

Referindu-se la visuri, Hipocrat își exprima o evidentă reținere față de subiectivismul interpretării lor :

Scanned with CamScanner

Acela care vrea să înţeleagă bine cele ce se întîmplă în timpul somnului, îşi va da seama că va avea de întîmpinat multă greutate pentru toate acestea... căci trebuie să-şi întindă mîna şi să ceară într-ajutor puterea zeilor.

(Aforisme)

Terapeutica hipocratică în bolile psihice se baza pe principii catartice primitive (sîngerarea, revulsia, purgarea), medicaţia sedativă (mandragora şi veratrum), schimbarea climatului, dieta, gimnastica şi distracţia adecvată.

Scrierile cuprinse în *Corpus hippocraticus* (redactat de savanţii alexandrini cu 300 ani mai tîrziu) cuprind pe lîngă lucrările lui Hipocrat şi pe acelea a unor medici din şcoala sa sau ale comentatorilor săi, precum şi ale unora din şcoala rivală cnidiană, despre care „părintele medicinii" nu avea o părere prea bună :

Cei ce au compus sentinţele din Cnidos au scris exact ce simt bolnavii în fiecare afecţiune şi calea ce au urmat unele din ele... Dar ceea ce trebuie să afle medicul, fără să-i spună bolnavul, este în bună parte omis.

Doctrina medicală hipocratică se fundamenta pe următoarele teze patogenice :

— *teza umoralistă.* Ca şi pitagoreicii Filolaus şi Alcmeon, Hipocrat considera că sănătatea este menţinută prin starea de echilibru „craza" umorilor (sîngele, flegma = limfa, bila neagră şi bila galbenă), starea maladivă provocînd „discrazia", adică ruperea echilibrului fiziologic dintre principiile „rece—cald" şi „uscat—umed" ;

— *teza temperamentelor.* Hipocrat considera că individul este influenţat de factorii cosmici şi geografici, pînă la modificarea temperamentului : sangvinic (vioi), flegmatic (rece), coleric (impetuos, nestăpînit), melancolic (timid, trist) ;

— *teza prognozei.* Metodă de apreciere a evoluţiei bolilor, bazată pe anamneza (studiul stării premorbide şi a simptomelor din trecut), diagnoza (studiul simptomelor prezente) şi prognoza propriu-zisă (previziunea evoluţiei bolii).

Pe baza studiului prognozei, Hipocrat deduce terapeutica :

Nu există reguli absolute căci nu există boli ci bolnavi şi organisme diferite ce pot reacţiona în mod diferit la acelaşi remediu.

(Despre prognostic)

Hipocrat a stabilit totodată şi îndatoririle morale ale medicului faţă de bolnav şi societate, arătînd în scrierile sale *Despre Artă, Legea, Despre Medic, Despre Bunăvoinţă* şi *Jurămîntul,* modul cum

Scanned with CamScanner

trebuie să se comporte medicul, cît și raporturile egalitare dintre filozofie și medicină, principii rămase autentice de-a lungul tuturor timpurilor *.

*

Ultimele trei secole dinaintea erei noastre au fost dominate în lumea mediteraneană de sincretismul elenistic, rezultat din fuziunea

„Narcis", mozaic din Dafne-Antiohia datînd din epoca elenistică.
(Apud A. Sergheev : *Grecia antică)*

culturii greco-romane cu cea orientală, Alexandria devenind totodată centrul politic după dezmembrarea imperiului lui Alexandru Macedon.

În această epocă, medicina ajunge în Alexandria la o dezvoltare morfofiziologică remarcabilă, datorită și faptului că Ptolemaios Filadelful (285—247 î. e. n.) admisese vivisecția pe condamnații la moarte și disecția cadavrului uman.

Erasistrate, bazîndu-se pe observarea omului în condiții normale și patologice, coroborată cu studiul anatomic, ajunge la con-

---

* Pentru detalii privind *opera completă a lui Hipocrate*, vezi colecția E. Litré, în 10 volume, Paris, 1839—1861.

Scanned with CamScanner

cluzia, excepțională pentru acele timpuri, că inteligența este în raport cu dezvoltarea emisferelor cerebrale, profunzimea și relieful circumvoluțiilor. Descrie nervii motori și senzitivi și legătura lor cu creierul, cît și efectul mortal al înțepării bulbului rahidian.

Strabon considera că activitatea psihică este legată de meninge și scoarța cerebrală, iar Herofil, care descrisese ventriculii cerebrali, talamus scriptorius, meningele și creierul mic, considera că centrul activității psiho-senzoriale îl constituie bolta celor trei pilieri.

Observațiile remarcabile ale medicilor alexandrini asupra creierului erau însă denaturate, tot de ei, ca filozofi cu orientare idealistă, aflați în slujba regilor care se intitulau scoborîtori din soare. Astfel, Erasistrate, ca filozof, considera creierul doar un instrument efector prin care își exercită influențele „spiritele divine și demonii".

Paralel cu sincretismul alexandrin, în vechea Eladă se dezvoltă, în continuare, linia medico-filozofică materialistă prin școala epicureică.

Epicur (341—271 î. e. n.) s-a preocupat în mod deosebit de psihologia afectivității, plecînd de la analiza dialectică a tendințelor biologice de plăcut și neplăcut — atracție și repulsie — pe care și-a structurat concepția etică despre echilibrul psihic — ataraxia — prin evitarea pasiunilor și durerilor și eliberarea de orice teamă față de moarte și zei.

Concepția epicureică despre ataraxie, care a fost apoi hulită de neștiutori ca un îndemn la desfrînare, nu are nimic comun cu hedonismul * cirenaicilor, după cum nu are nimic comun nici cu ataraxia prin indiferență a stoicilor, care îndeamnau la răbdarea fără crîcnire a despotismului, sau cu abrutizarea propovăduită de cinici în frunte cu Diogene, și nici cu scepticismul agnostic, după care abținerea de la judecăți duce la ataraxie (Aireisidemos, Agrippa, Sextus Empiricus).

Ultimul secol î. e. n. este predominat pe plan filozofic de evoluționismul lui Lucrețiu Carus (98—55 î. e. n.), expus cu o deosebită claritate în celebrul său poem *Despre natura lucrurilor*, concepție care marchează spiritul culturii greco-romane care se dezvoltă la Roma, noul centru politic și cultural al lumii antice mediteraneene, după dezagregarea regatului elenistic.

Însușindu-și psihologia epicureică, determinismul hipocratic și cunoștințele de morfopatologie și fiziologie ale savanților alexandrini, medicii epocii greco-romane au adus noi contribuții impor-

---

*„Idom" = desfătare, plăcere — îndemn dat de Aristip din Cirena ca oamenii să se dedea fără frîu plăcerilor senzuale.

Scanned with CamScanner

tante la studiul bolilor mintale, ca de exemplu Asclepiade, Galen, Coelius.

Asclepiade (cca 100 î. e. n.) considera, ca şi Alcmeon, că psihicul este format din atomi deosebit de subtili, iar sănătatea drept rezultatul unei bune circulaţii a materiei prin „pori", adică prin „spaţiile interatomice". În consecinţă, Asclepiade interpreta bolile psihice ca fiind determinate de cauze umorale, sau alte cauze somatice „care provoacă constricţia sau relaxarea spaţiilor interatomice la nivelul membranelor cerebrale", iar tratamentul lor îl preconiza prin metode active ca gimnastica, hidroterapia, apa marină şi narcoza etilică.

Ca empirist influenţat de şcoala medicală cnidiană, Asclepiade a studiat semiologia bolilor mintale şi a diferenţiat iluziile de halucinaţii ca aspecte diferite ale apercepţiei — „visa".

Asclepiade dezvoltă conceptul despre „alienatio mentis", păstrînd orientarea nosologică hipocratică.

În cadrul „alienaţiei acute" grupa delirurile acute şi stările confuzionale, psihozele post-partum şi psihozele alcoolice, adică psihozele pe care le considera, ca şi Hipocrate, ca fiind determinate „prin încălzirea întregului organism datorită amestecului sîngelui cu bila".

În cadrul „alienaţiei cronice" grupa isteria, epilepsia, psihozele cu predominenţă depresivă şi psihozele cu predominenţa stărilor de excitaţie, tulburări pe care le considera determinate de dezechilibre umorale — adică psihoze cu predominenţă endogenă. Astfel, stările depresive le considera ca fiind determinate de predominenţa pituitei (flegmei), iar stările de excitaţie le considera ca fiind determinate de predominenţa bilei.

Areteu (cca 80 î. e. n.), medic cu orientare filozofică aristotelică, datorită concepţiei pneumatiste, lega activitatea psihică de inimă. Această concepţie nu l-a împiedicat însă de a fi unul din cei mai remarcabili psihiatri ai lumii antice.

De la Areteu au rămas studii impecabile asupra semiologiei psihozelor afective şi epilepsiei :

> *Melancolia este căderea într-o stare deosebită, constînd într-o tulburare a judecăţii.. şi teama sufletului se fixează într-o cugetare nelămurită, fără febră şi furie, în timpul fantasmagoriei melancolice.*

Areteu mai insistă şi asupra tulburărilor viscerale în melancolie, descriind halena fetidă, eructaţia, constipaţia, oliguria, tulburările circulatorii etc.

În descrierea maniei, semnalează excitaţia psiho-motorie, euforia, fuga de idei şi hipermnezia — „stare de exaltare intelectuală care pe unii bolnavi îi împinge să discute astronomie, filozofie, şi de a face poezie fără să o cunoască".

Scanned with CamScanner

Excitația psiho-motorie afebrilă o diferențiază de excitația determinată de intoxicațiile acute cu alcool și mandragora care, de regulă, se stinge repede, în timp ce mania este stabilă și permanentă.

Areteu remarcase stările de excitație maniacală spre sfîrșitul melancoliei și invers, sesizînd astfel psihoza circulară.

Descrierea clinică a epilepsiei, rămasă de la Areteu, constituie și în prezent un exemplu de remarcabilă observație clinică, îndeosebi prin delimitarea aurei psiho-motorii ca simptom-semnal.

Coelius Aurelianus (cca 180 î. e. n.), epicureic cu orientare metodistă în medicină, interpreta fiziopatologia bolilor mintale, ca și Asclepiade și Temison (123—43 î. e. n.), prin raportul dintre „strictum" și „laxum" la nivelul spațiilor (porilor) interatomice cerebrale, drept rezultat al unor cauze somatice sau afective, și refuza să admită remediile specifice.

Coelius Aurelianus se remarcă în mod deosebit prin atitudinea sa umanitară, evident epicureică, în asistența bolnavilor psihici, protestînd vehement împotriva metodelor violente :

> *Parcă mai curînd ar delira ei înșiși, decît să fie dispuși să-și vindece bolnavii lor, deoarece îi compară pe aceștia cu niște bestii furioase care ar trebui îmblînzite prin privarea de alimente și chinurile setei. Seduși fără îndoială de aceeași eroare, ei vor să-i înlănțuiască în mod crud, fără să cugete că membrele lor pot fi strivite sau frînte și că ar fi mult mai convenabil și mai ușor a-i stăpîni prin mîna oamenilor decît prin greutatea inutilă a fiarelor. Ei merg pînă acolo încît recomandă violența corporală, biciul, ca și cum s-ar putea face bolnavul să-și recapete judecata printr-o astfel de provocare. Tratament vrednic de plîns care nu face decît să le agraveze starea, să le însîngereze membrele și, în momentul cînd își recapătă uzul rațiunii, să le ofere tristul spectacol al durerilor pe care le-au suferit.*
>
> (Apud Régis : *Précis de psychiatrie)*

Galenus, Claudius-Galien (131—200 e. n.), filozof peripatetician și medic instruit în toate centrele renumite ale lumii antice (Pergam, Smirna, Corint, Alexandria), se distinge prin excepționale studii de anatomie și fiziologie pe baza cărora susține originea comună a maimuței și omului. Pe baza studiilor experimentale, Galen a dedus caracteristicile influxului nervos, pe care îl compara cu „o rază de soare care străbate aerul și apa", nervii transportînd senzațiile de la periferie la creier și impulsurile motorii de la creier la periferie, datorită „pneumei animale" (vaporul extrem de subtil al pitagoreicilor și peripateticienilor).

Pentru a-și demonstra concepția nervistă, Galen a făcut experimente publice pe maimuțe, la care nervii frenici erau prinși într-o legătură cu lat, arătînd că animalul țipă sau amuțește, după cum nervii sînt gîtuiți sau liberi și realizează diferite sindroame paralitice

Scanned with CamScanner

prin secționarea și ligatura formațiilor nervoase. Galen armonizează, în concepția sa despre temperamente, teoria aristotelică despre pneuma și teoria umoralistă hipocratică :

> *Nu vedem oare — scria Galen — că febra și otrăvurile rup unirea dintre suflet și corp, că deosebirile climaterice schimbă caracterul popoarelor, că atrabila introdusă în creier provoacă nebunia (...) Stările psihice au o bază fiziologică, depind de temperament, adică de proporțiile după care se combină elemente corporale, principiul caldului, al recelui, al uscatului și al umedului* *.

Pe baza studiilor experimentale ce le-a întreprins, Galen poate fi considerat precursorul neurofiziologiei moderne, el demonstrînd că senzațiile, motricitatea și limbajul nu depind de activitatea inimii („care este centrul ce asigură circulația sîngelui"), ci de activitatea creierului și a măduvei spinării „care constituie centrul nervilor, însăși inima fiind sub dependența creierului prin mijlocirea nervilor locali".

Galen atribuia totuși inimii (sediul timiei pentru Platon și al pneumei pentru Aristotel) rolul determinant în generarea pasiunilor și activității involuntare.

În domeniul psihiatriei, Galen a diferențiat delirul idiopatic de bolile somatice acute, alienația idiopatică de cea simpatică — prin consens visceral — și a introdus noțiunea de „morosis" (slăbiciune mintală) și demență — anoia — ca aspecte diferite ale bolilor mintale.

Prin opera lui Galen, sensul teoriei biotipologice a lui Hipocrate despre temperamente și al teoriei aristotelice despre suflul vital (pneuma) s-au menținut ca principii directoare în medicină, pînă la apariția doctrinei nerviste contemporane.

---

* Apud M. Ralea și C. Botez : *Istoria psihologiei* (op. cit.).

Scanned with CamScanner

Cunoaştere prin credinţă sau credinţă fără cunoaştere

„Vindecarea posedatului".
(După pictura bisericii Sainte Dymphne din Geel :
Nov. Icon. de la Salpêtrière)

Localitatea Geel — lîngă Anvers — este celebră prin faptul că acolo funcţionează încă din secolul IX o colonie de bolnavi mintali asistaţi în sistemul patronajului familial, unde ei lucrează alături de săteni în condiţii de libertate, fără să fi avut loc acte deosebite de violenţă din partea miilor de bolnavi ce s-au perindat în decurs de un mileniu.

Scanned with CamScanner

Ev mediu și cunoaștere

Începînd cu cel de al treilea secol, credința despre rolul păcatului și al demonilor în generarea bolilor psihice va domina Europa pînă în epoca modernă.

Confruntarea dintre rațiune și credință a continuat totuși să se producă, în primul rînd, prin intermediul înțelepților iranieni, pe teritoriul cărora se încrucișau căile de circulație ale culturilor indochineze și elino-romanice. Cultura iraniană a influențat la rîndul ei orientarea medico-filozofică a lumii islamice în expansiune, religia mahomedană „tolerînd", pînă în veacul XII, confruntarea doctrinelor despre natura sufletului și a teoriilor despre relațiile dintre credință și rațiune *.

Urmînd tradiția ahmenizilor, califii arabi au susținut, la rîndul lor, cultura medico-filozofică, în secolul VIII luînd ființă celebra școală de la Bagdad. În cadrul acestei școli, Nadime traduce în arabă opera medicală indică, reunită în 12 volume. În secolul IX, Isag și Masuie traduc din limba greacă opera hipocratică și galenică, reunită în enciclopedia medicală denumită „Sitta Achar" (Cele 16 volume), iar în secolul al X-lea, medicina irano-arabică deschide noi drumuri prin Razi (864—925) și Avicena (980—1037), ale căror opere „Al Havi" și „Ganoun", aveau să constituie principalul criteriu de orientare medicală pînă în timpurile moderne.

După cucerirea Spaniei, cultura medicală irano-arabică se răspîndește și în Europa, în primul rînd datorită liberalismului Școlii de la Cordoba. Astfel, în timpul califatului lui Enasser (912—961), caracterizat printr-o mare toleranță religioasă, veneau la Cordoba medici din întreaga lume ca să se instruiască.

În expansiunea școlii arabo-spaniole, un rol important l-au avut, între alții, și celebrii învățați evrei Hadsai Ben Ehraput, consilierul științific al califului Enasser, Avendauth-Giovani de Seviglia, Averoes (Ibn Ruhd) și Maimonides (Moses), medici și filozofi progresiști, care au tradus opera hipocratică și galenică și au adus remarcabile contribuții materialiste în interpretarea filozofiei aristotelice.

Dezvoltarea științelor și a contradicțiilor sociale accentuează apoi progresiunea confruntărilor dintre rațiune și credință, astfel încît teologi ca Duns Scot ajung să se întrebe „dacă materia poate să gîndească", iar turbulentul călugăr Roger Bacon se exalta la 1250 pentru o „metodă experimentală care să asigure dominația omului asupra naturii". În aceste condiții, începînd cu secolul al XIII-lea,

---

* E. Bréhier explică această toleranță prin faptul că în prima perioadă a expansiunii islamice, „nu exista nici dogmatica complicată neoplatoniană a teologiei creștine și nici o biserică pusă să supravegheze ereticii și să dirijeze prin sacramente viața spirituală a oamenilor" : *La psiholosophie du Moyen Age*, Ed. Albin, Paris, 1937.

Scanned with CamScanner

teocrațiile manifestă o intoleranță absolută față de afirmațiile materialiste despre natura psihicului, atît în sînul monoteismului creștin, cît și în cel musulman sau mozaic, confruntarea dintre „principiile teologiei și cele ale slujnicei sale filozofia“ (așa cum definea Anselm de Canterbury — „ultimul părinte al bisericii și primul scolastic“ — raportul dintre rațiune și credință) devenind de o teribilă acuitate în epoca renașterii.

Renaștere și cunoaștere

Epoca denumită omagial Renaștere, datorită reviviscenței creatoare a valorilor culturii antice, include totodată și cea mai crîncenă represiune teocratică față de ideile novatoare în psihognoseologie.

Înfruntînd dogmatismul despre „natura divină“ a sufletului și a îmbolnăvirilor mintale drept rezultatul posedării diavolești, personalități generoase și polivalente ca Leonardo da Vinci, Berengario de Carpi, Constanzo Varolio, Silvius, Eustachio, Acquapedente studiază cu pasiune anatomia și fiziologia sistemului nervos, iar Giambatista de Monte și Prosper Alpin se preocupă de clinica bolilor psihice.

Girolamo Cardano (1501—1576) în *De utilitate in adversis capienda* delimitează „nebunia morală“ și „antropologia criminalistică“, iar Felix Plater (1536—1644) diferențiază psihozele de inducție și delirul persecutat-persecutor.

Dacă în epoca renașterii ideile materialiste despre bolile psihice sînt tot mai insistent susținute de medici și savanți, cu toate riscurile la care se expuneau, opinia generală se caracterizează prin aceeași excesivă credulitate medievală despre energumeni (posedați de diavol) și vindecări miraculoase.

Ignoranța, mizeria și nesiguranța creaseră în acele timpuri condițiile unei credulități mistice atît de excesive, încît autoflagelarea constituia o metodă uzuală pentru „fugărirea diavolilor“, după cum „dansul sfîntului Ion“ sau „scoaterea pietrelor din cap“, constituiau adevărate epidemii psihogenetice.

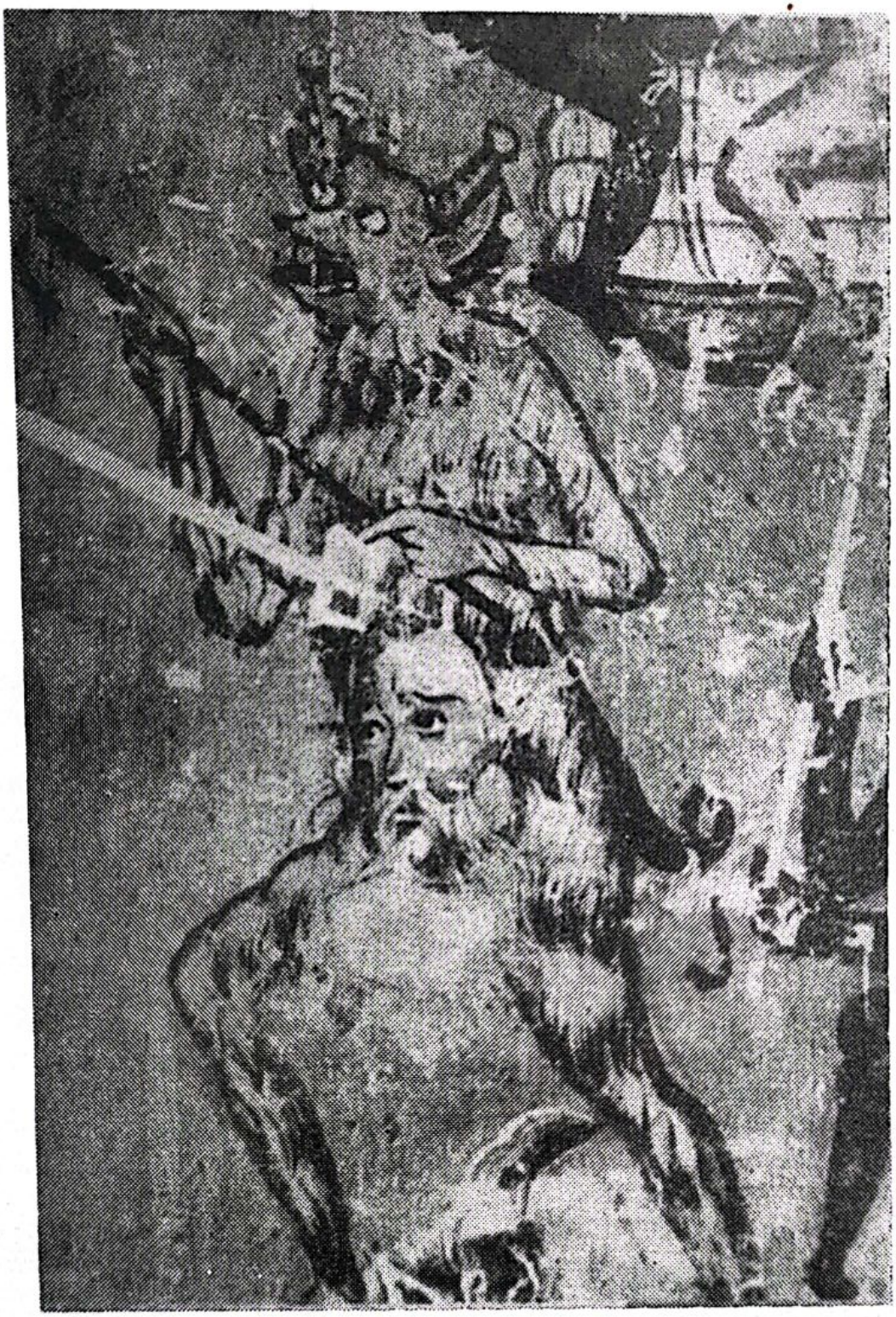
În asemenea condiții de obscurantism, apare ca firească marea faimă de care se bucurau în acele timpuri sfinții taumaturgi, însuși marele reformator Martin Luther (care a subscris de altfel la exterminarea „vrăjitoarelor“) bătîndu-se cu dracii... în asemenea măsură încît a zvîrlit și cu călimara după ei, împroșcînd pereții din castelul Wittenberg !

Împotriva fanaticei mentalități demoniace, umaniști și medici progresiști au protestat cu tărie, nesocotind primejdiile la care se expuneau.

Jean Wier, de pildă, adresîndu-se regelui Bavariei, protesta în 1513 împotriva exterminării „vrăjitoarelor“, căutînd să-l convingă că acestea nu erau în realitate decît niște „biete bolnave“ sugesti-

Scanned with CamScanner

bile, iar Paul Zachias, medicul șef al vaticanului, autorul cărții *Questiones medico-legales* — unde tratează și despre aspectele juridice ale bolnavilor mintali, contesta demonomania.



„Posedarea diavolească la judecata de pe urmă"
(frescă, Voroneț, 1545)

Prefigurează cu tușă humoristică și adresă moralistă teza despre geneza sexuală a suferințelor psihice, reprezentată aici prin figura tipic melancolică a păcătosului cuprins de căință.

Scanned with CamScanner

Protestele solitarilor umanitariști nu au reușit totuși să stăvilească martirajul bolnavilor psihici pînă cînd ideile progresiste nu au cuprins mulțimile, autodafeurile „luminînd" astfel ignoranța omucidară pînă în veacul al XVIII-lea. În acele timpuri, numai în ducatul Trevia din Prusia Renană au fost executate, în decurs de 10 ani, 6 500 persoane acuzate de a fi „posedate de diavol". Datorită furiei expiatoare, chiar și năstrușnicul Paracelsius, denumit de Shakespeare „cel mai mare medic al tuturor timpurilor", a scăpat în 1528, doar prin fugă, de consecințele anatemei episcopului din Basel ; Walter Andreas — Vesalius, celebrul anatomist, a fost torturat de inchiziția spaniolă, deoarece practica disecția și a scăpat de pedeapsa capitală doar prin intervenția lui Filip al II-lea (al cărui medic era) ; Michel Servet (precursorul lui Wiliam Harvey în descoperirea circulației sîngelui) arde pe rug în 1553 la Geneva sub ochii reformatorului Calvin — care îl acuză de a fi liber cugetător, iar Giordano Bruno îi împărtășește soarta la Roma în 1600. În asemenea condiții de excesivă agresivitate teocratică, este explicabil cum a fost posibil ca parlamentul englez să legifereze în 1573 „uciderea oricărui alienat găsit rătăcind pe cîmpii", după cum nu mai apare ca surprinzător nici faptul că subtilul Sennert (precursorul școlii psihologice germane) mai admitea, încă în secolul al XVII-lea, posibilitatea demonomaniei, deși recunoștea rolul creierului în activitatea psihică.

Despre epoca modernă a cunoașterii

Viziunea înnoitoare a renașterii, deși atît de aspru reprimată, a devenit totuși o forță covîrșitoare în epoca denumită modernă, însuflețind mulțimile în lupta lor pentru libertate și echitate socială.

Epoca modernă apare ca reînnoită pe plan psihognoseologic în primul rînd datorită empirismului baconian și raționalismului cartezian care — raportînd cultura antică la contradicțiile sociale din epoca lor prin mijlocirea zbuciumului renașterii, au exercitat o influență deosebită în dezvoltarea științelor și emanciparea opiniilor despre psihic.

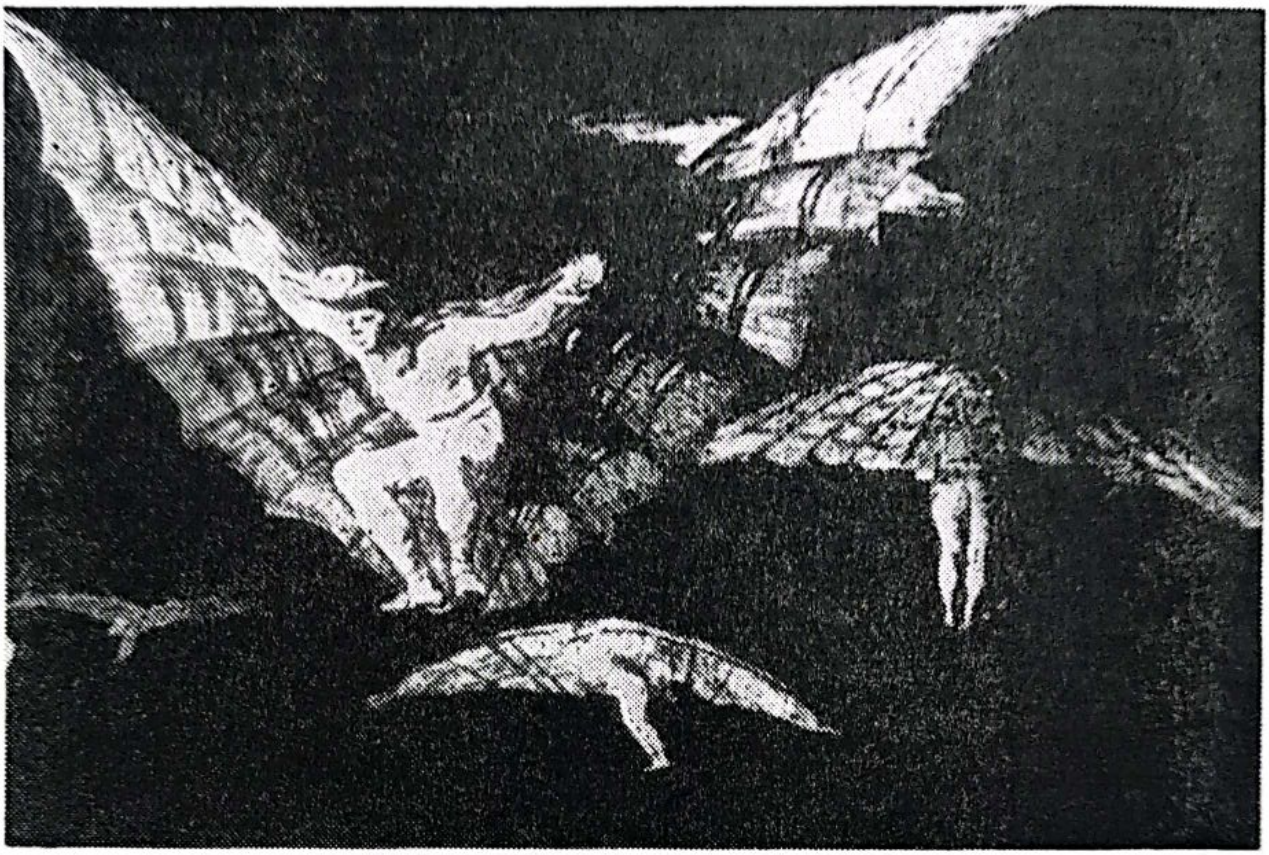
Francisc Bacon (1561—1626), „părintele materialismului englez" cum îl denumesc marxiștii, atacă vehement conformismul metafizicii scolastice, denumindu-l pe Platon „teozof în delir" și pe Aristotel — „sofist respingător", acordînd în schimb o deosebită atenție atomismului lui Democrit și Epicur.

Dezvoltînd teoria atomistică, Bacon pune bazele metodei inductive în cercetarea fenomenelor naturii, stabilind teoria legilor coincidenței, succesiunii și variațiilor fenomenelor. Pe baza acestor legi, dezvoltă teoria empiristă în psihologie, potrivit căreia senzațiile și

Scanned with CamScanner

reprezentările sînt rezultatul acţiunii realităţii obiective asupra organelor de simţ, lumea obiectivă existînd independent de conştiinţă.

Réné Descartes-Cartesius (1596—1650), reactualizînd raţionalismul subiectivist elinic şi adîncind metoda deductivă, a contribuit în



Francisco José Goya : „Mod de zbor".

El nu-l anunţă pe cutare artist de astăzi : prefigurează întreaga artă modernă, pentru că arta modernă începe cu această libertate.

(André Malraux : *Saturne-essai sur Goya*, 1950)

mod cu totul deosebit la progresele ştiinţelor naturii, matematicii şi psihologiei.

Ideile materialiste asupra activităţii psihice, pe care le conţinea manuscrisul *Lumea şi tratatul despre lumină*, gata pregătit pentru tipar în 1633, nu au ajuns totuşi să fie cunoscute, deoarece Descartes a evitat să-l mai publice, temîndu-se să nu împărtăşească soarta bătrînului Galilei, tras la răspundere de inchiziţie, în acelaşi an 1633, pentru *Dialog asupra celor două sisteme principale ale lumii*.

Unele din ideile materialiste despre activitatea psihică, pe care le conţinea proiectatul tratat, Descartes le enunţă în celebra sa lucrare *Discursul asupra metodei de a ne conduce bine raţiunea şi a căuta adevărul în ştiinţă* — publicată în 1637.

Scanned with CamScanner

Vigoarea ideilor materialiste pe care le-a enunțat Descartes în legătură cu activitatea psihică în *Discursul asupra Metodei* este însă denaturată în același timp prin enunțarea tezei metafizice despre „natura sufletului rațional", pe care îl consideră, ca și Platon, o expresie a divinității care acționează prin intermediul „mașinii animale". Echivocul dualist se întîlnește dealtfel și în lucrările lui Bacon, sub formula „dublului adevăr", enunțat în *Noul Organon*. Elementele ambigui din empirismul lui Bacon și raționalismul lui Descartes erau condiționate, în mare măsură și de teama reacției teocratice, teamă care îl silise (după cum spune Diderot cu ironia sa usturătoare) și pe Gassendi „să-i agațe lui Epicur masca creștinismului pentru a evita cununa de martir".

Eliberarea gîndirii de dogmatica scolastică prin empirismul baconian și raționalismul cartezian a favorizat, în secolul XVII, dezvoltarea conceptului despre „sufletul rațional, ca o particularitate a materiei", Thomas Hobbes, Le Roy, Benedict Spinoza contribuind la diferențierea unor teze psihologice „atomistice" * care se vor contura pe deplin în secolul XVIII și XIX.

În fundamentarea unei psihognoseologii materialiste în secolul XVII, *un rol deosebit revine medicinii care, însușindu-și achizițiile fizico-chimice în studiul anatomo-clinic, realizează și primele progrese științifice în cunoașterea cauzelor bolilor psihice.*

Este secolul în care Galileo Galilei (1564—1642), Robert Boyle (1620—1691) și Isaac Newton (1642—1727) stabileau primele legi fizico-chimice cu reflectare în biologie și medicină, cuceriri la care se adaugă și microscopul lui Leuwenhoeck, prin care se deschidea, în 1684, fantastica perspectivă a microcosmosului intuit cu ochii minții de înțelepții lumii antice.

Wiliam Harvey (1578—1657) publică, după un studiu ce a durat 26 de ani, legile mecanice ale circulației sîngelui, în celebra lucrare *Excitatio anatomice de motu cordis et sanguinis in animalibus*, tipărită la Frankfurt în 1620, deoarece în Anglia nimeni nu a avut curajul să o editeze, spre a nu supăra pe credincioși.

Gian Alfonso Borelli (1608—1697), marele fiziolog italian, enunță în *De motu animalium* (1671) ipoteza chimică a transmisiei influxului nervos.

Sylvius Delboë (1614—1672) arată rolul eredității în bolile psihice.

Thomas Willis (1622—1675) publică primul studiu de psihofiziologie comparată la mamifere *De cerebro et de anima brutorum*, apre-

---

* Diferitele teze psihologice empirio-senzorialiste și asociaționiste, dezvoltate în secolele XVII-XIX, se caracterizează printr-o concepție comună aditional-constructivă statică despre activitatea psihică, apropiere ce i-a determinat pe unii psihologi contemporani să le reunească sub denumirea convențională de „atomism psihologic".

Scanned with CamScanner

ciind că greutatea și calitatea creierului se află în legătură cu condițiile de mediu și alimentație. Ca animator al școlii iatrochimice, considera isteria și ipocondria o consecință a încărcării sîngelui cu substanțe vătămătoare, „spirite animale" (în sensul concepției carteziene despre pneuma aristotelică), care excită nervii. Remarcă posibilitatea succesiunii crizelor de manie și melancolie și descrie delirul de gelozie, demența precoce („idioția apărută la adolescenți") și demența consecutivă epilepsiei.

Th. Bonet (1620—1689) stabilește corelații anatomo-patologice între leziunile viscerale (gastrice, hepatice, ovariene) și tulburările psihice, insistînd în *Sepulcretum*, ca și Galen și medicii arabi, asupra rolului „simpatiei prin consens visceral în provocarea bolilor mintale".

Thomas Sydenham (1624—1689) stabilește corelații între stările febrile intermitente și unele boli ale sistemului nervos, ca în cazul coreii acute, studiază constituția hiperemotivă, tulburările circulatorii și isteria.

Malpighi descoperă în 1661 circulația capilară, cu ajutorul microscopului, iar fizicianul Robert Boyle stabilește în 1672 că arderile nu sînt posibile fără oxigen, explicîndu-se astfel natura „pneumei" aristotelice („spiritele animale" carteziene).

În acest climat de cercetare experimentală și observație deterministă a fenomenelor naturii, ce se conturează în secolul XVII, concepția mistică despre activitatea psihică este combătută cu vehemență radicalistă îndeosebi de medicul filozof John Locke (1632—1704).

Criticînd dualismul cartezian despre „ideile înnăscute", John Locke dezvoltă în *Essai concernant l'entendement humain* (1690) un concept empirist după care toate ideile provin din „senzații și reflexiune".

Acest punct de vedere a fost însușit apoi de către David Hume și dezvoltat în continuare de „asociaționiștii" englezi David Hertley, Thomas Brown, James Mill, Stuart Mill, Alexandre Brown, Herbert Spencer, iar în Franța, prin „senzualismul" lui Condillac, al „ideologilor", și H. Taine.

Prin libertatea cunoașterii, la psihiatrie

În secolul al XVIII-lea medicina și psihologia se dezvoltă ca științe experimentale, studiul îmbolnăvirilor sistemului nervos delimitîndu-se tot mai precis ca o metodă exactă de referință anatomo-fiziologică și în psihopatologie.

Friedrich Hoffman din Halle, (1660—1741) în *Medicina rationalis sistematica*, tratează despre rolul sistemului nervos asupra funcțiilor organismului.

Scanned with CamScanner

Cullen din Edimburg (1712—1792), precizează rolul sistemului nervos în termoreglare și emite ideea predispoziției în bolile psihice, în funcție de „sensibilitatea sistemului nervos".

Albert Haller, în *Tratatul de fiziologie a corpului omenesc*, publicat la Berna în 1766, descrie circulația cerebrală și corelațiile dintre leziunile cerebrale, convulsii, paralizii și tulburările funcțiilor de cunoaștere.

Boerhave (1668—1738) și comentatorul său Van Swieten (1760—1772) insistă asupra corelațiilor dintre leziunile cerebrale și tulburările psihice, diferențiind totodată mania endogenă de delirul acut și susține ipoteza hipocratică autotoxică în psihozele stupuroase.

În concordanță cu progresele cunoștințelor despre substratul material al activității psihice, empirio-senzorialismul susținut de John Locke (completat de David Hume prin teza asociațiilor de idei în funcție de intensitatea senzațiilor) este dezvoltat apoi, în secolul al XVII-lea, în Anglia ca un interesant concept psihofiziologic, de către medicul David Hartley (1705—1757) și comentatorul său chimistul Joseph Pristley (1733—1804) — descoperitorul oxigenului. Acești savanți naturaliști considerau activitatea psihică drept rezultatul „vibrațiilor moleculare care se transformă în ondulații prin forța de atracție și repulsie a atomilor", psihologia reducîndu-se, după Pristley, la fiziologie, „prin care vom ajunge să cunoaștem natura și legile spiritului" (Matter and Spirit, 1777).

Medicul filozof Julien Offray, de la Mettrie-Lamettrie (1709—1813), fugărit din Franța și Olanda pentru ateismul ce-l conțineau cărțile sale, *Istoria naturală a sufletului* (1745) și *Omul mașină* (1748), pleda entuziast pentru orientarea materialistă în psihognoseologie :

> *Principiul însuflețitor și impetuos pe care Hipocrates l-a denumit psihi (sufletul) își are sediul în creier, de unde încep nervii, prin care el exercită o stăpînire asupra tuturor celorlalte părți ale corpului. Prin el se explică tot ce se poate explica, pînă la efectele surprinzătoare ale bolilor imaginației...*

Naturalistul Charles Bonnet (1720—1783), criticul senzorialismului static susținut de Condillac, dezvoltă o interesantă teză despre continua transformare a senzațiilor, apropiată conceptului cibernetic contemporan despre neuroinformație :

> *Mișcările creierului sînt un fel de semne naturale ale ideilor care le provoacă datorită unui fluid a cărui elasticitate și subtilitate se apropie de acelea ale luminii și eterului. Gradul de forță și de vivacitate cu care se operează această reproducere este pro-*

Scanned with CamScanner

porțional cu intensitatea mișcărilor comunicate de obiect, cu frecvența reproducerilor și cu structura fibrelor.

(Essai de psychologie, 1754)

Concepția materialistă în psihologie este dezvoltată în epoca premergătoare revoluției franceze cu o remarcabilă vigoare elevată și de către enciclopedistul Denis Diderot (1713—1784) care, ca medic, a manifestat un interes deosebit pentru o psihofiziologie evoluționistă, exprimîndu-se axiomatic în genul următoarelor aforisme din *Elemente de fiziologie :*

S-ar putea ca regnul vegetal să fi fost originea regnului animal și să fi tras originea sa din regnul mineral ; iar acesta să derive din materia universală, heterogenă.

De la moleculă pînă la om există un lanț de ființe care trec de la starea de lipsă totală de inteligență pînă la starea de extremă inteligență.

Raționamentul nu se explică niciodată cu ajutorul unui suflet sau spirit. Acest sprijin nu poate fi în două obiecte deodată. Ii trebuie, deci, ajutorul memoriei, dar în mod foarte sigur, memoria este o calitate corporală.

Medicul-filozof Georges Cabanis (1755—1808), prietenul lui Condillac și Mirabeau și protectorul lui Pinel, realizează în epoca revoluției o sinteză a concepției psihofiziologice de la sfîrșitul veacului 18 în *Traité sur les raports du physique et du moral de l'homme,* publicat în anii 1798—1802 :

Pentru ca să ne formăm o idee despre operațiile din care rezultă gîndirea, trebuie să considerăm creierul drept un organ special a cărui menire specifică este să producă gîndire, întocmai cum stomacul și intestinul au menirea să digere, ficatul să filtreze bila, parotidele și glandele maxilare și sublinguale să producă sucurile salivare.

(Memoriul II)

Profesor de psihiatrie la Facultatea de medicină din Paris fiind, Cabanis a descris și analizat, competent și ponderat, și cauzele bolilor mintale :

Teoria delirurilor sau a nebuniei și compararea tuturor faptelor pe care le îmbrățișează această teorie, trebuie să arunce destulă lumină asupra raporturilor dintre starea fizică și starea morală, asupra formării gîndirii însăși și a bolilor sufletului.

(Memoriul I)

Datorită comparării activității creierului cu a tubului digestiv, s-a ajuns să se afirme că medicii materialiști din secolul al XVIII-

Scanned with CamScanner

lea ar fi confundat gîndirea cu o secreţie propriu-zisă. În realitate, Cabanis raporta monismul său psihofiziologic la tipul de sistem nervos (temperament) şi mediu (biologic şi social), diferenţiindu-se astfel ca un precursor al nervismului ştiinţific contemporan.

Dezvoltarea concepţiei materialiste în psihologie pe baza datelor ştiinţifice despre rolul creierului în activitatea psihică, a determinat din partea metafizicienilor o reactualizare a idealismului platonian, folosit în secolul XVIII în modul cel mai reprezentativ de către George Berkeley (1685—1753) în *Tratatul asupra principiilor cunoaşterii omeneşti*, unde atacă, în primul rînd, conceptul materialist susţinut de Hobbes şi Spinoza :

> *Lucrurile sînt reprezentări, iar reprezentările nu pot exista în afara minţii. De aceea existenţa lor constă în faptul că sînt percepute. A fi, înseamnă a fi perceput ; ceea ce nu există în percepţia cuiva, nu există de loc. Fără subiect, nu există obiect.*

Completînd în mod necesar teza idealismului subiectivist, Berkeley formulează şi premisa idealismului obiectivist :

> *Există un spirit etern şi omniprezent care cunoaşte şi cuprinde toate lucrurile... şi pe care noi le numim legile naturii* *.

Pulverizarea conceptului idealist, prin impactul său cu progresele ştiinţifice în condiţiile liberalizării gîndirii impusă de revoluţia franceză, a generat puzderia meteoritică a tezelor metafizice din orbita psihologiei moderne şi contemporane. Aceste teze conţin în esenţă aceeaşi mistică despre „insesizabilul lucru în sine“ denumit în limbaj teologic de Tomaso di Aquino, Malebranche şi alţi apologeţi „lumina divină a cunoaşterii“.

Blîndeţea împotriva violenţei, axiologie psihiatrică fundamentală

Mieux vaut douceur que violence
Philippe Pinel

Expresie a persistenţei conceptului psihognoseologic retrograd, spre sfîrşitul veacului 18 soarta bolnavilor mintali se menţinea tot atît de tragică în Europa occidentală, ca şi în epoca renaşterii ; consideraţi drept vrăjitori în legătură cu diavolul, mai erau încă vînaţi cu haita de cîini pe latifundiile unor magnaţi, iar condiţiile de adă-

---

* Pentru detalii, V. I. Lenin : *Materialism şi empiriocriticism*. Trad., Ed. politică Bucureşti, 1959, vol. 14.

Scanned with CamScanner

postire în ospicii se menţineau infernale, atît în Franţa cît şi în Anglia.

Curentul generos de emancipare, antrenat pe plan ideologic de economiştii, filozofii şi combativii medici materialişti din secolul XVIII — care a culminat cu revoluţia franceză din 1789 — a constituit totodată un factor hotărîtor în destrămarea mentalităţii obscure despre psihic şi începutul umanizării asistenţei bolnavilor mintali.

Referindu-ne la momentul de cumpănă al Revoluţiei, se poate spune că renaşterea are cea mai tîrzie manifestare în domeniul psihiatriei, deoarece a trebuit să se scurgă 1600 de ani pînă cînd să triumfe bunul simţ recomandat de Coelius Aurelianus în asistenţa bolnavilor mintali.

Subliniind de la început rolul deosebit al medicului-filozof Philippe Pinel şi al Şcolii franceze în fundamentarea psihiatriei moderne, se reţine totuşi că primul gest de umanizare în asistenţa alienaţilor a fost realizat, în 1792, de către Daquin, la azilul din Chambéry-Savoia şi de Chiaruggi, la azilul Bonifacio din Florenţa. Această acţiune nu era întîmplătoare, deoarece atît Daquin cît şi Chiaruggi (elevi ai celebrului clinician şi fiziolog Giambatista Morgagni) afirmau că alienaţia este urmarea unor leziuni ale creierului, preconizînd totodată tratamentul blînd al bolnavilor mintali. (Daquin : *Philosophie de la folie* — 1971 ; Chiarurggi : *Della pazzia in generale ed in speciale* — 1793).

Impresionat de situaţia bolnavilor mintali din Anglia, William Tuke (1732—1810), quaquer, membru al „Societăţii amicilor", începu în oraşul York, în 1792, construirea filantropică a unui „Retraite" (refugiu) pentru alienaţi, care a fost deschis la 11 mai 1796, avînd ca director medical pe cumnatul său, dr. T. Mand, şi al cărui scop era abolirea violenţei.

Vestea senzaţională despre refugiul alienaţilor, realizat de W. Tuke la York, se răspîndi repede în toată Europa şi fu cercetat de numeroşi medici, ingineri şi administratori care se preocupau de soarta bolnavilor mintali, reţinîndu-se ca o realizare demnă de a fi generalizată.

Sesizat de soarta grea a bolnavilor mintali din Anglia şi a numeroaselor proteste, printre care şi interpelarea lui sir Benet, parlamentul îl audiază în 1815 pe Wiliam Tuke şi hotărăşte ca metoda de *ne-constrîngere* să fie aplicată în toate azilele din Anglia.

După moartea lui Wiliam Tuke, refugiul alienaţilor din York a fost administrat în continuare de nepotul său Samuel Tuke care şi-a oferit, de asemenea, serviciile filantropice, timp de 33 ani, pînă la moartea sa, în 1857.

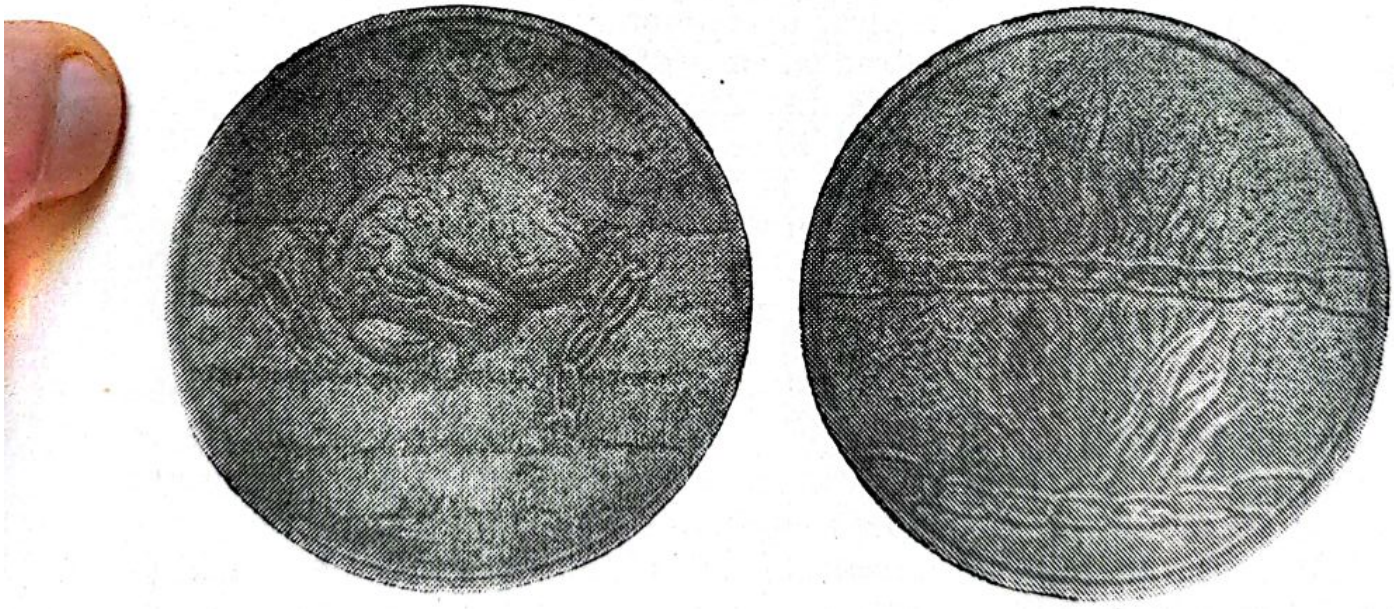
Lui Samuel Tuke i-a urmat apoi la conducerea refugiului din York fiul său, Daniel-Hack Tuke (1827—1892), doctor în medicină şi scriitor talentat. Dr. D. Tuke este unul dintre primii autori care subliniază rolul educaţiei în corectarea psihopatiei „moral insanity"

Scanned with CamScanner

(nebunia morală) prin dezvoltarea inhibiției în copilărie, cît și a emoției și imitației în generarea tulburărilor funcționale. S-a preocupat mult de psihoterapie, admițînd rolul sugestiei și hipnozei (fără a recunoaște însă existența vreunui „fluid magnetic" — așa cum susțineau mesmeriștii), apreciind că prin stimularea moralului bolnavului se pot realiza adevărate minuni.

Rezumînd, familia Tuke și azilul de la York ilustrează în mod remarcabil dezvoltarea psihiatriei moderne în Anglia în ceea ce privește organizarea asistenței spitalicești, orientarea materialist-științifică asupra cauzelor bolilor psihice și a tratării lor, cît și atitudinea umanitară față de suferind, dezvoltare corespunzătoare cu cea înfăptuită de Pinel și elevii săi din Franța, față de care dr. D. Tuke manifesta o adevărată venerație.

Franța are meritul de a fi realizat, prin Pinel și Școala sa, exemplul cel mai sugestiv pentru întreaga lume în ceea ce privește umanizarea asistenței bolnavului mintal și dezvoltarea psihiatriei științifice, în însăși perioada fierbinte a luptei revoluționare pentru libertate, egalitate și fraternitate.



„Gîndirea eliberată prin știință" — Medalie comemorativă bătută cu ocazia jubileului centrului psihiatric Sainte-Anne din Paris (1867—1967).

Philippe Pinel (1755—1826) a studiat literele, filozofia, matematica și a obținut doctoratul în medicină la Toulouse, în 1773.

La 23 august 1793 este numit medic la ospiciul Bicêtre. Studia ore întregi alienații agitați înlănțuiți, pe care hotărî să-i elibereze.

Scanned with CamScanner

În acest scop ceru autorizația comunei. Cetățeanul Couthon * i-ar fi spus atunci :

Voi merge, cetățene, mîine la Bicêtre în vizită, dar nenorocire ție dacă înșeli și dai drumul prin smintelile tale dușmanilor poporului ! **

Văzînd, Couthon, starea de agitație și mizerie în care se aflau bolnavii, se spune că ar fi avut loc următorul dialog :

Couthon : — Cetățene, ești nebun de vrei să dau drumul la aceste animale ?

Pinel : — Cetățene, sînt convins că aceștia sînt așa de agitați deoarece sînt legați !

Couthon : — Fă ce vrei cu ei ; îi abandonez !

Secondat de bunul și devotatul supraveghetor Poussin, Pinel eliberă din lanțuri, în decursul cîtorva zile, 53 bolnavi „și vaetele amuțiră în Bicêtre ***.

La 13 mai 1795, este numit medic la Salpêtrière, unde aplică aceeași metodă blîndă în tratamentul bolnavilor, ca și la Bicêtre.

Pinel poseda o vastă cultură medico-naturalistă și filozofică, fapt pentru care numele său a fost alături de al lui Cuvier în discuțiile pentru ocuparea catedrei de anatomie comparată de la Montpellier și a determinat numirea sa ca profesor de igienă la Facultatea de medicină din Paris. Influențat de sistematica lui Linné și conceptul nosologic al lui Cullen, Pinel publică, în 1798, *Nosographie philosophique*, care s-a bucurat de un succes deosebit, apărînd în 6 ediții. În cuprinsul acestei nosografii folosește termenul de „Nevroză", în sensul enunțat de Cullen, pentru a diferenția afecțiunile encefalice fără modificări de structură anatomică și în cadrul căreia includea „vesaniile" (bolile mintale) în general.

Pinel a inaugurat psihiatria modernă, publicînd, în 1801, *Traité médico-psychologique de la manie*. Referindu-se la această carte de bază a psihiatriei moderne, Couvier afirma atunci că *nu este numai o carte de medicină, ci o operă capitală de filozofie și morală.*

Doctrina psihiatrică enunțată de Pinel se fundamentează pe următoarele principii :

Alienația propriu-zisă este absolut diferită de delirul bolilor acute.

---

* Georges Couthon (1755—1794) a făcut parte împreună cu Robespierre și Saint-Just din triumviratul Convenției.

** Pinel era suspectat deoarece favorizase salvarea lui Condorcet.

*** Apud R. Semeilaigne : *Aliénistes et philantropes* Ed. Steinhel, Paris, 1912.

Scanned with CamScanner

Nu există leziuni anatomice în alienație ; cele întîlnite sînt consecința și nu cauza bolii psihice.

Marele remediu pentru bolile spiritului constă în izolare.

Mijloacele obișnuite care se aplică în bolile corpului nu au aici decît un rol foarte secundar.

Alienistul trebuie să folosească în studiul clinic al bolilor mintale procedeele psihologice.

Opera lui Pinel a fost continuată de ilustrul său colaborator, Jean Etienne Esquirol (1772—1844), care, începînd din 1810, a onorat și catedra de psihiatrie la Facultatea de medicină din Paris. Înconjurat de o strălucită pleiadă de elevi și colaboratori francezi și străini, Esquirol adînceşte reforma lui Pinel, transformînd azilele din Franța în spitale și construind altele mai corespunzătoare, acțiune în care s-au remarcat dintre colaboratorii săi, în primul rînd, Falret, Ferrus și Parchappe. În această ordine de idei este interesant de semnalat și faptul că Esquirol a organizat prima colonie de ergoterapie din Franța, în cadrul unei ferme din apropierea Parisului, care a devenit actualul spital Sainte-Anne.

Esquirol s-a preocupat în mod deosebit și de întocmirea unei legislații protectoare pentru bolnavii psihici, legiferată în 1838. În această acțiune s-a remarcat îndeosebi Fodéré (care redactează în 1810—1813 un *Tratat de psihiatrie judiciară* în 6 volume).

În spiritul școlii clinice psihiatrice franceze, Georget (1820) și Broussais (1828) stabilesc corelații teoretice între stările stupuroase și de agitație cu excitabilitatea cerebrală ; Bayle diferențiază meningo-encefalita cronică sifilitică *(Arachnitis cronica)* ca entitate nosologică (1822) ; Trélat și apoi Lasègue diferențiază cadrul nosologic al psihozelor delirante, descriind delirul persecutat-persecutor (1852) ; Baillarger și Falret diferențiază psihoza circulară (1854), iar W. Griesinger dezvoltă în Germania „Psihiatria somatică", ca și Monroe în Anglia și Theodor Meynert la Viena.

La rîndul său, Benjamin Rush (1743—1813), profesor la universitatea din Philadelphia și directorul primului spital psihiatric construit în America, la Wiliamburg (Virginia), în 1874, a desfășurat de asemenea o susținută activitate în promovarea psihiatriei.

*

Începînd cu a doua jumătate a secolului XIX, psihiatria se diferențiază ca o disciplină medicală unanim recunoscută în întreaga lume, concomitent cu individualizarea psihopatologiei și neurologiei.

Dintre psihiatrii care s-au distins prin cercetări de psihopatologie clinică în decursul celei de a doua jumătăți a sec. XIX, citățm doar pe cîțiva dintre cei mai bine cunoscuți :

J. Moreau s-a diferențiat ca promotor al psihopatologiei prin studiile sale asupra hașișului (1845) și a corelațiilor dintre vis și vesanie (1855).

Scanned with CamScanner

B. A. Morel, psihiatru de formație naturalistă, a preconizat bazele psihiatriei genetice prin studiul degenerescenței (1857) și a descris impecabil sindromatica demenței precoce (1860).

L. Delasiauve, fondatorul cunoscutului *Jurnal de medicină mintală* (1861), s-a preocupat în mod deosebit de psihopatologia oligofreniei.

J. Magnan stabilește criterii de clasificație nosografică, studiază alcoolismul (1874), diferențiază delirul cronic halucinator și aprofundează studiul degenerescenței, dezvoltînd teoria despre terenul premorbid (1891).

E. Régis (1855—1918) dezvoltă teoria autotoxică în etiologia psihozelor (1884) și insistă, ca și Ph. Chaslin, asupra confuziei mintale primitive (amenția descrisă de Meynert).

P. Janet (1859—1947), celebrul psihiatru de la Salpêtrière și profesor de psihologie la Collège de France, a dezvoltat în mod excepțional studiul psihopatologiei personalității și a jalonat parametrii psihoterapiei raționale.

J. Seglas diferențiază formele particulare ale psihozelor cronice delirante și se preocupă de psihopatologia vorbirii.

H. Maudsley, fondatorul școlii psihiatrice anatomo-clinice clasice engleze, autorul *Tratatului de fiziologie și patologie mintală* (1867), după care „spiritul nu este altceva decît minunata și insesizabila forță care este degajată de creier", a fost totodată unul din fondatorii de seamă a psihopatologiei engleze.

L. M. Balinski organizează învățămîntul psihiatric în Rusia, creînd prima catedră la Petersburg, în 1857, catedră la care a urmat apoi V. H. Kandinski, rămas în istoria psihiatriei prin lucrarea sa *Despre pseudohalucinații*. Merjeevski — remarcabil prin studiile sale de anatomie patologică — și V. M. Bechterev, promotor al *Psihologiei reflexologice*.

S. S. Korsakov (1854—1900), celebrul profesor de psihiatrie de la Moscova, delimitînd în 1889 psihopolinevrita toxică (boala Korsakov), a deschis de fapt orizontul psihiatriei morfodinamice moderne, postulînd în același timp caracterul său umanist :

> *Psihiatria, prin vecinătatea ei și cu psihologia și disciplinele filozofice, favorizează foarte mult lărgirea generală a orizontului asupra lumii. Ea permite medicului interpretarea mai justă a manifestărilor vieții individuale și publice și crește influența educativă a medicului asupra mediului înconjurător* *.

Alexandru Suțu (1837—1919), directorul ospiciului Mărcuța și inițiatorul învățămîntului psihiatric în România (1867), se remarcă

---

* Apud Ionescu Siseşti : *Viața și opera lui S. S. Korsakov*. An. Rom. Sov. s. Med. an V, nr. 3, 1951.

Scanned with CamScanner

prin preocuparea pentru aspectele sociale publicînd *Alienatul în fața societății și a științei* (1877), *Asistența publică a alienaților în România* (1889) etc.

Diferențierea psihiatriei, ca disciplină medicală și interrelațiile ei cu neurologia și psihopatologia, se reflectă în sintezele nosografice realizate la sfîrșitul secolului XIX, între alți autori de către Kraepelin, Weigand, Régis, Ballet.

*

Concomitent cu delimitarea psihiatriei se produce și diferențierea neurologiei. În această diferențiere, un rol hotărîtor l-a avut metoda anatomo-clinică inaugurată de Giovani Batista Morgagni în a doua jumătate a secolului XVIII, metodă prin care se stabilesc corelațiile deterministe dintre simptom și leziunea de organ *(De sedibus et causis morborum per anatomen indagatus*, Veneția, 1766).

Orientarea anatomo-clinică capătă o deosebită semnificație neurologică în a doua jumătate a secolului XIX, prin adîncirea studiului leziunilor celulare, inițiat de Purkinje și dezvoltat în mod deosebit de Virkhow, în *Patologia celulară* (1858).

În aprofundarea studiului morfologic al sistemului nervos, un rol deosebit l-a adus tehnica microscopică, după perfecționarea luminajului, în 1840, de către Baillarger (psihiatru la Charenton) și a secționării în fragmente fine, inițiată de Stiling în 1892, perfecționări care se oglindesc apoi în răsunătoarele succese histologice obținute în ultimele decenii ale sec. XIX de Golgi, Weigert, Meynert, Bet, Merjelvski, Cajal, Waller, Nissl, Hissh, Charcot, Marinescu etc., în studiul neuronului.

Plecînd de la date obiective neurologice despre creier ca organ al activității psihice, Gall, și îndeosebi Spurzheim, ajung la extremismul „frenologic". (Conform opiniei frenologice, funcțiile psihice ar constitui procese separate ale unor anumite porțiuni cerebrale care prin activitatea lor ar determina diferite „bose craniene, după cum lipsa lor ar provoca „înfundături", caracteristicile psihice ale fiecărei persoane reflectîndu-se astfel pe suprafața craniană ca pe o hartă în relief : bose ale sentimentului religios, calculului glumelor etc., etc.

Împotriva concepției localizaționiste s-a ridicat fiziologul Jean Pierre Flourens (1794—1867), promotorul teoriei „echipotențialiste" conform căreia nu ar exista o specializare spațială a proceselor psihice, „orice porțiune de țesut cortical intact avînd posibilitatea de a prelua funcția sectoarelor distruse".

Exceptînd teoretizările extremiste, disputa dintre partizanii localizaționismului și echipotențialismului a generat dezvoltarea neurofiziologiei și implicit a psihologiei și psihiatriei care și-au îmbogățit mereu conținutul, pe baza datelor experimentale obiective obținute pînă în prezent.

Scanned with CamScanner

În condițiile dezvoltării cunoașterii obiective despre creier ca organ al activității psihice, dualismul filozofic cartezian despre corp-mașină animală și spirit-expresie a divinității, intră într-o fază critică. Este epoca glorioasă a primei jumătăți a secolului XIX, în care Johanes Müller descoperă legea specificității nervoase, Weber și Fechner stabilesc discutatul raport logaritmic dintre excitație și senzație, iar Helmholz măsoară viteza influxului nervos și descrie fiziologia vederii și auzului. Acești cercetători sînt totodată și întemeietorii psihofiziologiei experimentale, denumită și „psihologie obiectivă", bazată pe metrica senzațiilor și percepțiilor. În acest sens, Wilhelm Wundt publică, în 1874, *Elemente de psihologie fiziologică* și creează primul laborator de psihologie experimentală la Leipzig, în 1879, laboratoare care apoi au fost extinse de elevii săi în Austria și America. Astfel, Exner creează un laborator de psihologie experimentală la Viena, cercetînd „psihocronometria" (metodă prin care se caută să se măsoare durata fenomenelor psihice), iar Catel, Titchener și Dewey o dezvoltă în America, căutînd să studieze „Funcționalismul psihic de ajustare la mediu și împrejurări". În scopul analizării „reacțiilor psihologice" la om, Galton (1883), Riger (1885) și îndeosebi J. Mc. Keen Cattell (1896) au introdus „testele mintale" în practica psihodiagnosticului.

Din „metrologia" psiho-fiziologică s-au dezvoltat apoi reflexologia și psihologia comportamentului.

În Franța, primul laborator de psihologie a fost realizat la Sorbonna de fiziologul A. Beaunis, în 1889. școala lui Charcot de la Salpêtrière aducînd, de asemenea, o contribuție remarcabilă la studiul psihopatologiei, între alții, prin Binet, Simon, Janet, Claparède, Vaschide și Ribot.

A doua jumătate a secolului XIX este marcată în psihologie de saltul calitativ în interpretarea fenomenelor psihice ce s-au produs, pe de-o parte, după apariția în 1859 a operei lui Darwin despre *Originea speciilor* și a psihologiei evoluționiste, iar pe de altă parte prin apariția filozofiei materialist-dialectice.

Doctrina darwinistă fusese anticipată de transformismul evoluționist antropogenetic enunțat de medicul naturalist J. Lamark în *Filozofia zoologiei*, publicată cu succes răsunător în 1809, doctrină care s-a reflectat în orientarea psihiatrică a epocii. Astfel, în 1857, apare studiul psihiatrului Morel intitulat *Degenerescențe fizice, intelectuale și morale ale speciei umane* care atrage atenția asupra rolului eredității patologice, cît și asupra intoxicațiilor, infecțiilor și cauzelor moral-sociale negative în generarea bolilor psihice.

Doctrina evoluționistă dezvoltată în psihologie de Herbert Spencer (1820—1903), constituie ultima etapă a „atomismului psihologic", reunind în concepția sa originală atît empirio-asociaționalismul en-

Scanned with CamScanner

glez, cît și senzorialismul autorilor francezi, depășind totodată caracterul lor static.

După Spencer, viața organică se caracterizează prin trei laturi : structura, viața somatică și activitatea psihică. Aceste trei laturi au totdeauna un anumit raport între ele și se modifică paralel cu gradul de complexitate, varietate și determinare a manifestării lor esențiale *.

Spencer reproșa predecesorilor săi empiriști și îndeosebi lui D. Hume și J. Mill faptul că au pierdut din vedere evoluția sistemului nervos :

> *Creierul reprezintă o infinitate de experiențe îndeplinite în timpul evoluției vieții în general. Cele mai uniforme și mai frecvente au fost succesiv susținute și ele au urcat lent pînă la cel mai înalt grad de inteligență latentă în creierul copilului.*
>
> (Principles of psychology, 1870—1872)

Rezultă deci că Spencer nu era de acord cu radicalismul „tabulei rasa" susținut de Locke, iar ineismul lui Descartes și Leibniz l-a biologizat în sensul achizițiilor speciei umane în decursul experienței sale filogenetice care se transmite ca un fond ereditar. După Spencer, diferența dintre instincte și rațiune este pur cantitativă, rațiunea dezvoltîndu-se evolutiv la specia umană pe cale de perfecționare constantă, printr-o adaptare din ce în ce mai corespunzătoare la raporturile cu mediul extern. Această dezvoltare se face prin modificări cantitative ale sensibilității, plecînd de la unitatea generală a sensibilității, care ar fi impulsul („nervous shock") — ce evoluează în istoria animală de la omogen la eterogen, de la nedefinit la definit, reprezentînd în același timp o diferențiere și o integrare a elementelor în agregate din ce în ce mai vaste și mai complexe.

Concepția evoluționistă a lui Herbert Spencer a deschis o perspectivă cu mult mai largă „psihofiziologiei", completîndu-se totodată cu doctrina prietenului său — celebrul neuro-psihiatru John Huglings Jackson (1835—1911) — despre *Evoluția și disoluția sistemului nervos :*

---

* „Ipoteza lui Spencer, prin esența ei, poate fi denumită darwinism în domeniul fenomenelor psihice. Apărînd odată cu darwinismul, chiar în timp, și constituind doar un capitol special al teoriei generale a evoluției organice în genere, ea împărtășește toate laturile slabe și lacunele, dar și toate laturile solide și sănătoase ale acestei învățături. Chiar din punctul de vedere al posibilității, ambele ipoteze sînt echivalente".

(I. M. Secenov : *Elementele gîndirii*, 1878)

Scanned with CamScanner

1. Evoluția este trecerea organizată de la mai puțin organizat — adică de la centrii bine organizați inferiori, către centrii superiori mai puțin bine organizați. Cu alte cuvinte, procesul are locul de plecare din centrii comparativ bine organizați la naștere, către centrii superiori care se organizează în decursul vieții.

2. Evoluția este o trecere de la simplu către mai complex, de la centrii inferiori către centrii superiori.

Nu constituie o contradicție de a vorbi de centri ca fiind în același timp cei mai complexi și mai puțin organizați.

3. Evoluția este trecerea de la mai automatic către mai voluntar. Tripla concluzie la care ajungem este că centrii mai evoluați, care reprezintă vîrful evoluției nervoase și constituie originea spiritului sau baza fizică a conștiinței, sînt mai puțin organizați, mai complexi și mai voluntari.

Iată deci procesul pozitiv, prin care sistemul nervos este integrat. Trecem acum la procesul negativ, la disoluție :

Disoluția este procesul invers al evoluției, despre care am vorbit. Este un proces invers cu al dezvoltării, mergînd în direcția către mai puțin organizat de la mai complex și mai automatic.

Scoaterea din funcție a unui centru provoacă două categorii de fenomene : fenomene de deficit (sau negative) prin suprimarea activității centrului distrus și fenomene de eliberare (sau pozitive) a nivelelor inferioare neatinse de procesul patologic. Nu numai că nivelele inferioare intacte continuă să funcționeze, dar activitatea lor poate fi chiar mai mare decît în stare normală, din cauza dispariției influenței inhibitorii pe care nivelele superioare o exercită asupra lor.

(Apud P. Guiraud : *Psychiatrie générale*, 1950)

Cu toate că „Jackson a dat disciplinei neurologice o direcționare evoluționistă hotărîtoare“ *, în ceea ce privește interpretarea conștiinței, el ajunge totuși la concluziile unui paralelism psihofiziologic :

1. Stările de conștiință sînt total diferite de stările nervoase ;

2. Cele două stări au loc simultan, pentru fiecare stare mintală existînd o stare nervoasă corelativă ;

3. Cu toate că cele două stări au loc simultan, una nu intervine în cealaltă.

Poziția psihognoseologică a lui Jackson o reîntîlnim sub diverse formulări în concepția lui Leibniz, Kant, Fechner, Wundt, Mach, Hoffding, Titchener, Taine, James, Bergson, Sherrington etc., cît și

---

* V. Voiculescu, M. Steriade : *Din istoria cunoașterii creierului.* Ed. Șt. București, 1973.

Scanned with CamScanner

a unor neurofiziologi contemporani, ca Eccles de exemplu, care vorbește despre „Two way traffic" (circulația pe două căi a fenomenelor fiziologice și psihice).

Teza paralelismului psihofiziologic a constituit de la început unul din subiectele de amplă analiză critică a materialismului dialectic, în cadrul binecunoscutului său concept dinamic privind raporturile dintre conținutul și formele activității neuro-psihice.

Acceptînd filogeneza activității psihice, unii naturaliști și psihologi au fost tentați să interpreteze comportarea animalelor prin modalitățile trăirilor subiective ale conștiinței umane, generînd astfel antropomorfismul în psihologie.

Ca o reacție față de antropomorfismul și paralelismul psihofiziologic, s-a dezvoltat epifenomenismul, reflexologia și behaviorismul, doctrine psihofiziologice „obiective" care folosesc ca metodă de lucru observația reacțiilor organismului la factorii de mediu. Astfel, de exemplu, fiziologul și filozoful Th. Huxley (1825—1895) sfătuia pe cercetători să-și îndrepte atenția mai bine asupra conexiunilor fizice care intervin între ceea ce se petrece în vecinătatea animalului și modul cum răspunde acesta, decît să se întrebe „dacă racul are sau nu are spirit".

Transpunerea obiectivistă a punctului de vedere naturalist al studiului comportamentului animal în psihologia umană, a degenerat pînă în măsura de a considera conștiința ca un epifenomen lipsit de importanță „deoarece nu creează și nu absoarbe energie" (Le Dantec : *Science et consecience).*

Spre deosebire de epifenomeniști, neurofiziologii evoluționiști au adus o contribuție remarcabilă la fundamentarea psihologiei științifice nerviste. Astfel, celebra carte *Reflexele creierului* publicată de I. M. Secenov în 1863, a devenit imediat cunoscută în întreaga lume datorită interesantelor sale teze psihofiziologice :

> *Toate actele psihice, fără excepție, se dezvoltă pe cale reflexă. Deci toate mișcările conștiente, care decurg din aceste acte, mișcări denumite în mod obișnuit voluntare, sînt, în sens strict, mișcări reflectate.*
>
> *Odată cu faptul că omul învață prin reflexe asociate, repetate frecvent, să-și grupeze mișcările, el dobîndește pe calea acelorași reflexe și capacitatea de a le inhiba.*
>
> *De aici rezultă acea serie enormă de fenomene în care activitatea psihică rămîne, cum se spune, fără expresie exterioară, în forma gîndirii, intenției, dorinței etc.*
>
> *Gîndirea reprezintă primele două treimi ale unui reflex psihic (lipsindu-i numai sfîrșitul, mișcarea, care este inhibată în cazul gîndirii interioare)...*
>
> *Referindu-se la pasiuni, Secenov le considera „reflex psihic al cărui sfîrșit este intensificat (adică poate ajunge la om în con-*

Scanned with CamScanner

flict cu toate instinctele naturale și chiar cu instinctul de conservare") *

Preocupîndu-se în mod deosebit de psihologie, fiziologul Secenov apără în același timp poziția filozofiei materialiste într-o serie de studii polemice cu metafizicienii ca de pildă în *Observații în legătură cu cartea d-lui Cavelin — Problemele psihologiei* (1872), *De către cine și cum trebuie prelucrată psihologia* (1873), *Elementele gîndirii și gîndirea în obiecte și realitate* (1878), teza fundamentală constînd în conceptul că „spiritul și materia reprezintă variante ale unui singur principiu, principiul materiei în mișcare".

În ceea ce privește infrastructura procesului psihic, Secenov a deschis perspectiva studiului modificărilor „moleculare" prin teoria „labilității reacțiilor fizico-chimice", teorie obiectivată, în primul rînd, de către discipolul său Wedenski.

Recurgînd la meticuloase cercetări asupra transmiterii influxului nervos, N. E. Wedenski ajunge, în 1852, la concluzia că excitația și inhibiția nu ar fi preexistente ca două fenomene opuse, ci sînt manifestări diferite ale aceluiași proces fiziologic care subzistă în labilitatea metabolică a țesutului nervos și din modularea căreia rezultă gama stadiilor „parabiotice" **.

Capacitatea de captare de către un centru nervos în activitate a unor excitații adresate altor centri, dedusă experimental de Wedenski în 1881 (folosită de Pavlov pentru explicarea rolului excitației dominante în formarea legăturilor temporare corticale în 1903, și apoi de către Sherrington și Bechterev în explicarea formării „reflexelor cerebrale"), a fost generalizată de către A. A. Uhtomski în teoria despre *Principiul dominantei în activitatea centrilor nervoși* (1911—1921).

Teoria despre dominantă constituie o nouă spirală în cadrul monismului psihofiziologic, a cărei importanță s-a dovedit în dezvoltarea neurofiziologiei și interpretarea bolilor psihice, atît în cadrul behaviorismului, cît și a doctrinei pavloviene.

Psihologia comportamentului (behaviorismul) s-a dezvoltat inițial în America, trăgîndu-și izvoarele din *Metrologia analitică* a lui Cattell, *Concepția mecanică a vieții* a lui J. Loëb și reflexologia analitică a lui Thorndike asupra conduitei *(Inteligența animalelor)*. Aceste date au fost prelucrate și dezvoltate la începutul secolului XX de J. B. Watson *(Behavior an Introduction to Comparative Psycho-*

---

* Interesul provocat de *Reflexele creierului* a determinat o susținută reacție ostilă din partea autorităților țariste care îl considerau pe Secenov „un om periculos, un propovăduitor al materialismului", ținuta sa ca om de știință aducîndu-i numeroase neplăceri și în cariera didactică.

** Wedenski înțelegea prin noțiunea de „parabioză" reactivitatea generală a sistemului nervos în funcție de labilitatea substratului morfo-metabolic, caracteristicile excitației și starea inițială a centrilor care primesc excitația.

Scanned with CamScanner

logy), Kuo, Max Meyer, A. P. Weiss etc. ca o psihologie obiectivă denumită de Ralea „Psihologie fără conștiință" (deoarece metodologia constă în analiza strictă a raporturilor dintre stimul și efectul transpus în comportament, chiar și atunci cînd se raportează la om).

Ca o variantă a psihologiei comportamentului s-a dezvoltat „Gestaltpsychologie" (psihologia formelor), cu referire la relațiile integratoare dintre stimuli și comportament, în sensul unui finalism biologic (Ehrenfeld, Kohler, Kofka etc.).

Spre deosebire de behaviorismul american, studiul conduitei umane a constituit în Franța și în România o metodă de integrare plurifactorială, prin analiza comportamentului căutîndu-se să se obțină informații asupra „legilor globale ale organismelor în raporturile lor cu mediul" (Piéron), în scopul de a „descrie și explica științific diferite conduite umane" (P. Janet), psihologia constituind „o ramură a științei generale despre viață, care începe cu zoologia și are eflorescența în psihologie" (Th. Ribot).

Prin datele succinte relativ la evoluția psihognoseologică, am dorit să relevăm doar modalitatea prin care sumarea cunoștințelor despre rolul integrator al sistemului nervos s-a reflectat în diferențierea psihiatriei ca știință complexă medico-psihologică și socială, opiniile și obiectivele dominante ce animă psihiatria contemporană fiind enunțate concluziv în finalul acestei prime părți a itinerarului propus.

Scanned with CamScanner

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

„Teodora și curtea sa" (Mozaic bizantin biserica Sf. Vital din Ravena, secolul VI)

Humanitatis intuitu parentibus indulgemus, ut si filium, nepotem vel pronepotem, cujuscunque sexus habeant... vel mente capta mente capta perpetuo sit ; vel si duo vel plures isti fuerint, nullus vero eorum sapiat...

Codicis Domini Justiniani, 528

Stadiul asistenței caritabile

Pînă la jumătatea secolului XIX, în ținuturile românești asistența psihiatrică era acordată caritabil, ca și în restul lumii, în cuprinsul schiturilor și mănăstirilor aureolate de mitul unor icoane

Scanned with CamScanner

sau izvoare considerate ca făcătoare de minuni, bolnavii mintali bucurîndu-se de o îngrijire mai tolerantă comparativ cu ţările occidentale.

Dintre cele mai cunoscute schituri şi mănăstiri care au adăpostit şi îngrijit alienaţi, corespunzător cu înseşi pravilele domneşti din acele timpuri, se pomeneşte mai ales de mănăstirea Jitea şi schitul Madona Dudu în Oltenia, schitul Palamuci şi mănăstirea Mărcuţa în Muntenia, mănăstirea Neamţ, Golia şi schitul Adam în Moldova.

Dintre aceste arhaice aşezăminte de asistenţă psihiatrică caritabilă, cea mai renumită a fost mănăstirea Neamţului, cunoscută ca atare încă din timpuri îndepărtate.

Faima bolniţei de la Neamţ creşte cu deosebire în timpul stareţului Paisie care, refăcînd-o în 1791, a delimitat şi un spaţiu anume destinat pentru alienaţi în cuprinsul acestei mînăstiri :

> *Aşişderea şi din mireni parte bărbătească cu feluri de neputinţe şi cu duhuri necurate pătimind şi neavînd unde-şi pleca capul îi primea* într-o altă bolniţă *cu mîncare de la trapeza de obşte şi hrănea şi şedea pe cît voia, unia şi pînă la moarte.*
> (Nestor Vornicescu : *Instituţii pentru îngrijirea sănătăţii patronate de mănăstirea Neamţ.* Rev. Mitropoliei Moldovei şi Sucevei, nr. 5—6, 1962).
>
> *Monahilor care slujeau la bolniţă li se cerea să slujească bolnavilor ca Domnului.*
>
> *În fiecare săptămînă se schimbau albiturile şi bolnavii erau spălaţi şi lăiaţi, li se curăţau hainele, păturile şi aşternuturile... Stareţul cerea ca în interiorul spitalului să se păstreze o curăţenie exemplară... poruncea de asemenea să se dea bolnavilor o mîncare mai hrănitoare, cea mai bună pîine şi vin.*
> (Serghie Cetfericov : *Paisie stareţul Mănăstirii Neamţ.* Trad. Nicodim, 1943).

Această „bolniţă pentru smintiţi", cunoscută începînd din 1799 şi sub denumirea de *Ospiciul de alienaţi*, a avut mai multe amplasări în incinta mănăstirii Neamţ, pînă la 1905, cînd a fost desfiinţată prin transferarea bolnavilor la spitalul „Socola" Iaşi.

Începînd din 1846, mănăstirea laicizează parţial bolniţa, angajînd pe lîngă *monahii şi poluşnicii înzestraţi cu rîvnă, răbdare şi dragoste, un spiţer şi un medic* (ibid. Vornicescu), intrînd astfel în etapa organizării psihiatriei moderne.

---

* *Expunerea ce va urma, nu intenţionează să trateze istoria psihiatriei în România, ci urmăreşte doar realizarea unei retrospective asupra originilor conceptului bio-psiho-social, dezvoltat în cadrul şcolii de la Socola.*

Scanned with CamScanner

Deosebit de pitorească apare istoria ospiciului „Madona Dudu" din Craiova care a luat ființă în 1789, ca un mic refugiu caritabil organizat în chiliile improvizate în jurul unei bisericuțe din lemn, clădită ca prinos de credință pe locul unei scorbure de dud, unde povestea spune că se descoperise o icoană făcătoare de minuni.

În 1858, primarul orașului Craiova admite funcționarea permanentă a azilului „Madona Dudu", iar în 1861 dr. Hauselman solicită serviciului sanitar transformarea azilului în „Spital regulat pentru smintiți", combătînd orientarea „țărilor occidentale care țin smintiții împreună cu criminalii în aresturi", el recomandînd ca „alienații să fie asistați pe lîngă mănăstiri ca la vechii elini, sau lăsați liberi în societate în căutare medicală".

Bolnavii din Ospiciul „Madona Dudu" (care asista numai bolnavi acuți) au fost mutați apoi într-un spital pavilionar cu 60 paturi, nou clădit în apropiere, pe un loc mai larg, spital care a funcționat pînă în 1922, cînd a fost transformat în școală normală, bolnavii fiind transferați la Spitalul „Socola" — Iași și la spitalul Sibiu. (D. Paulian : *Un spital dispărut*. Varia, 1941).

*

În Muntenia, asistența caritabilă arhaică a bolnavilor mintali a fost asigurată îndeosebi de schitul Palamuci și mănăstirea Mărcuța.

Schitul Palamuci (căruia i s-a spus apoi Balamuci) *, construit în secolul XVII de vel logofătul Popa lîngă Căldărușani, a adăpostit alienați pînă în 1845, cînd au fost transferați cu toții la mănăstirea Mărcuța, lăcaș cunoscut de asemenea din vechime ca așezămînt caritabil :

> *Pe malul drept al apei Colentina, în apropierea orașului București, pe un deal frumos, se zice că ar fi fost un izvor de tămăduire. Pe acest loc Dan Logofătul începu în 1587 o mănăstire care o isprăvi mai tîrziu nepoata sa Vișana, fiica lui Marcu Armașu, sau Mărcuța, după care mănăstirea se zice a Mărcuței sau Mărcuța.*
>
> (N. Iorga : *Istoria Bisericii Române)*

Începînd din anul 1823 și pînă în anul 1922, acest lăcaș încăpător, a funcționat ca „ospiciu de alienați" ; primii 9 bolnavi au fost transferați de la schitul Palamuci (Balamuci), numărul acestora ajungînd în 1922 la peste 600.

---

* *Intrucît la „Balamuci" erau obliduiți alienați, cuvîntul respectiv a căpătat o semnificație peiorativă de „haos", „sminteală" (balamuc), ca și adjectivul „dud" (după așezămîntul „Madona Dudu").*

Scanned with CamScanner

Stadiul modern al organizării asistenței psihiatrice

Stadiul modern al organizării asistenței psihiatrice în România corespunde cu Unirea Principatelor (1859), secularizarea averilor mănăstirești (1863) și preluarea administrației ospiciilor și azilelor de către Direcția Sanitară a Ministerului de Interne (1864), schimbări care s-au produs sub influența „iluminismului" revoluției burghezo-democratice din 1848.

Dezvoltarea asistenței psihiatrice moderne în Muntenia

Ospiciul de la Mărcuța, în anul 1846, avea 40 paturi și era condus de dr. Neculai Gănescu.

În anul 1859, ospiciul Mărcuța avea 100 de paturi și era condus de medicul primar Dr. Petru Protici care acorda atenție ergoterapiei, înființînd un atelier de tîmplărie pentru bărbați și un atelier de lucru de mînă pentru femei.

În 1867, este numit director al ospiciului Mărcuța dr. Alexandru Suțu, organizator dotat, profesor de medicină legală și membru corespondent al Academiei Române. Al. Suțu este totodată inițiatorul învățămîntului psihiatric în România, inaugurînd în mod benevol cursul de *psihiatrie și clinica boalelor mentale*, în 1867, la Mărcuța, cu studenții anului V ai Facultății de medicină din București (înființată în 1860). Începînd din 1880 și pînă în 1897, Al. Suțu a predat în comun medicina legală și psihiatria, catedra de psihiatrie devenind bugetară abia în 1897, adică după 30 ani de funcționare.

Dintre lucrările prof. Al. Suțu se remarcă *Alienatul în fața societății și a științei* (1877), *Asistența publică a alienaților în România* (1889) — articol rezumat în *Tratatul de patologie mintală* de sub redacția lui Gilbert Ballet (ed. 1903 p. 1425), *Elemente de medicină legală* (1880), *Psihiatria modernă* (1905) etc.

Al. Suțu, personalitate influentă din acele timpuri, profesor și efor al spitalelor Civile, a depus eforturi susținute în decursul ultimelor trei decenii ale secolului XIX pentru organizarea asistenței psihiatrice spitalicești, insistînd asupra necesității clădirii unui spital pentru Moldova și altul pentru Muntenia, neobosind să demonstreze că „Ospiciul Mărcuța nu este altceva decît o înjghebare provizorie, pînă la clădirea unui Ospiciu sistematic central" *.

În urma demersurilor susținute de către Suțu și Cantacuzino, efori ai spitalelor din București, cît și ale epitropiei spitalelor Sf. Spiridon din Iași, în 1892 se legiferează construirea a două ospicii pentru bolnavii mintali, unul în Moldova și altul în Muntenia. De asemenea, în 1893, dr. Al. Suțu obține creșterea la 150 a numărului de paturi bugetare la ospiciul Mărcuța și, ca urmare, se creează al

---

* Apud E. Tomorug : *Un episod din istoria psihiatriei române.* Rev. Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia, București, nr. 5, 1957.

Scanned with CamScanner

doilea post de medic primar, ocupat provizoriu de profesorul de histologie Al. Obregia (post în care acesta se definitivează pe bază de concurs, în 1895).

Al. Obregia, ajutat de Cantacuzino și Suțu, „sporește stăruințele", obținînd din partea statului, la marginea Bucureștiului (la Mandravela), moșia Popești de 120 hectare, pentru construirea „Ospiciului Central".

Schimbîndu-se guvernul, proiectul de construire a Ospiciului Central din București cade în părăsire, discuțiile fiind reluate abia în 1905, an în care Suțu este reales efor la Spitalele Civile, iar Al. Obregia este numit directorul ospiciului Mărcuța, îndeplinind totodată și funcția de director general al Direcției Sanitare în Ministerul de Interne, an în care Spitalul nou de psihiatrie de la „Socola" Iași intrase deja în funcțiune.

În aceste împrejurări, în februarie 1906, se obține votarea legii pentru clădirea unui ospiciu de alienați lîngă București cu 980 paturi, reactualizîndu-se astfel finanțarea construcției legiferată încă de la 2 iunie 1892.

Lucrările au început în 1908 și s-au întrerupt în 1911 „din lipsă de fonduri". Împrejurările politice și apoi războiul din 1916—1918 au făcut ca lucrările de amenajare și dotare să stagneze pînă în 1921, cînd Gh. Titulescu, în calitate de ministru de finanțe, aprobă suma necesară terminării lucrărilor, astfel încît *Spitalul Central de Psihiatrie București*, realizat prin străduințele fără răgaz depuse de prof. Al. Obregia, este dat în folosință abia în 1923.

În urma pensionării prof. Al. Suțu, în 1910, catedra de psihiatrie din București este ocupată prin concurs de Al. Obregia.

Prof. Alexandru Obregia (1860—1937), originar din Iași, a absolvit în mod strălucit Facultatea de medicină din București, obținînd în 1888 titlul de doctor cu teza *Centrii cerebro-corticali și vizuali*, specializîndu-se apoi în continuare în neurologie și psihiatrie la Berlin, în serviciul prof. Wundt și la Paris, în serviciul prof. Magnan.

Ca profesor de psihiatrie, Al. Obregia s-a remarcat prin orientare materialist-deterministă și calități didactice deosebite, aducînd totodată contribuții remarcabile la studiul clinicii și fiziopatologiei bolilor psihice (noțiunea sa despre ciclofrenie * constituind o teză rodnică în nosologia psihiatrică), iar în cadrul explorărilor substratului biologic al tulburărilor psihice, Al. Obregia este promotorul punctiei suboccipitale (1908).

Al. Obregia rămîne în galeria pionierilor psihiatriei ca organizator de seamă al asistenței spitalicești și ca un entuziast precursor al igienei mintale.

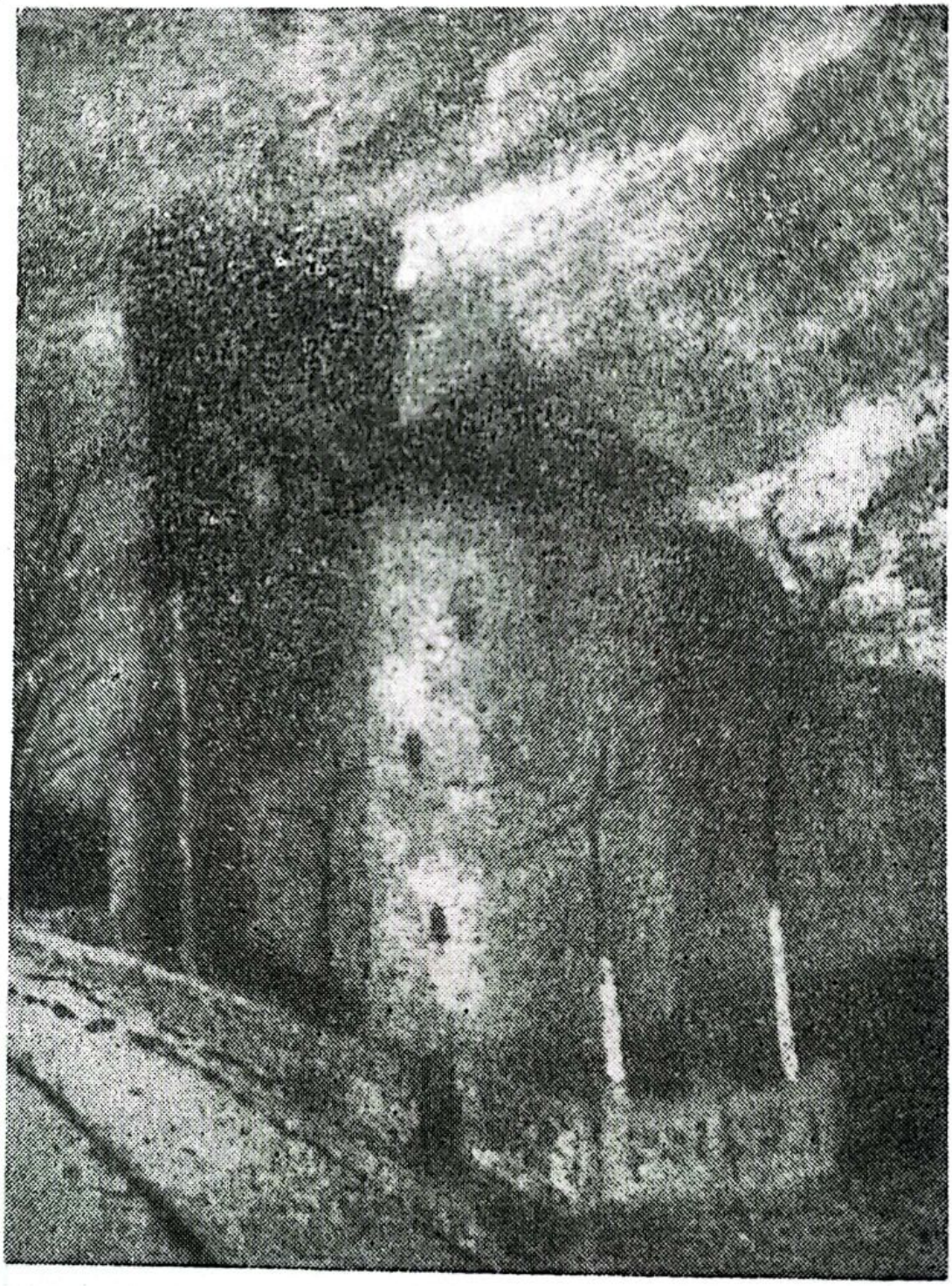
---

* Al. Obregia : *La cyclophrénie*. Bull. de la soc. de psychiatrie de Bucarest, I anné nr. 1936.

Scanned with CamScanner

„Ospiciul de alienați" din cuprinsul mănăstirii Neamț s-a aflat sub conducere monahală pînă la 1863, cînd a fost numit ca medic Emanoil Lozinschi spre a îngriji cei 90 bolnavi internați, iar începînd cu 1 aprilie 1866, ospiciul trece integral sub jurisdicția administrativă a epitropiei Sf. Spiridon.

Urmînd linia de secularizare a „mănăstirilor închinate", epitropia Sf. Spiridon preia, după îndelungate tergiversări, și asistența



Eugen Ștefan Bouşcă :
„Zidurile Goliei", 1965.

Scanned with CamScanner

bolnavilor mintali adăpostiți în incinta mănăstirii Golia din Iași, bolnavi care „pururea s-au aflat în cea mai tristă și mizerabilă stare“ *.

Începînd de la 1 oct. 1883 și pînă la 11 oct. 1894, asistența alienaților din ospiciul Golia a fost asigurată în mod remarcabil de către Iulian Lukaszewski, care obținuse titlul de doctor în medicină la Berlin în 1862, medic primar a cărui activitate se înscrie în acțiunea de început a psihiatriei în Moldova.

Astfel, dr. Lukaszewski publică în 1893, în *Analele spitalelor și ospiciilor Sf. Spiridon,* o interesantă vedere de ansamblu asupra asistenței bolnavilor psihici din Moldova în acele timpuri, intitulată sugestiv *Soarta nebunilor* și din cuprinsul căreia redăm următoarele date mai semnificative :

> *Ospiciul pentru alienați de la mănăstirea Golia s-a deschis la 1861, sub administrația Epitropiei generale a caselor Sf. Spiridon. Numărul bolnavilor s-a mărginit la 15 din cauza lipsei de mijloace și din cauza strîmtoarei locuințe.*
>
> *In 1863, simțindu-se marea trebuință de a se spori numărul de paturi, se cere un ajutor mai însemnat pentru clădirea unui stabiliment mai larg și mai potrivit cu scopul medical.*
>
> *Subvenția cerută nu s-a dat și numai prin intervenția Mitropolitului Moldovei s-au deșertat unele încăperi ale egumenului mănăstirii Golia, încăperi de mai multe ori prefăcute și lărgite, ajungînd să servească pentru 50 bolnavi mintali.*
>
> *Scopul primitiv al acestui stabiliment a fost pur filantropic și coercitiv : adică a priveghea pe bolnavi să nu fie vătămători pentru dînșii sau pentru alții.*
>
> *Despre însănătoșirea sau măcar încercarea de a ameliora starea lor mintală prin o terapie științifică, prin un tratament moral, prin ocupațiune și dezvoltarea forțelor intelectuale și fizice, nu s-a gîndit nimeni.*

Din datele statistice privind mișcarea bolnavilor în decada 1882—1891, rezultă că sub conducerea dr. Lukaszewski au fost 399 internări, dintre care s-au vindecat 100, s-au ameliorat 100, iar mortalitatea a fost de 6,25% :

> *Acestea (atrage atenția. Dr. Lukaszewski) sînt rezultate strălucite, avînd în vedere penuria mijloacelor și nu se vor găsi rezultate mai bune chiar în stabilimente bine înzestrate din străinătate.*

---

* Apud Sever Zotta : *M-tirea Golia, schiță istorică.* Rev. Ion Neculce, Iași, 1925, fasc. 5.

Scanned with CamScanner

Din studiul menţionat, mai aflăm că dr. Lukaszewski a cunoscut temeinic atît organizarea aşezămintelor spitaliceşti din Europa, pe care o descrie amănunţit, cît şi epidemiologia bolilor psihice din acele timpuri.

Referindu-se la importanţa ergoterapiei, Lukaszewski subliniază faptul că „abia pe la 1870 medicii au început a se gîndi serios la tratamentul bolnavilor prin ocupaţie", remarcînd în continuare :

> *Munca pentru om nu este numai o datorie, dar chiar şi lege, ci mai mult îi este o cerinţă naturală, către care chiar nebunul este supus şi pentru aceea îl împinge la ocupaţiuni fără scop. Pentru aceea rareori se întîmplă că el trebuie îndemnat la muncă : din contra, mai totdeauna are nevoie la lucru de conducere, ajutor şi exemplu.*

Încheindu-şi interesantul său articol, iluministul dr. Lukaszewski precizează următoarele teze esenţiale pentru dezvoltarea psihiatriei moderne :

> *Este de neapărată trebuinţă ca toţi alienaţii să rămînă sub o supraveghere serioasă din partea statului. De asemenea, este nevoie ca toţi medicii practicieni să aibă cunoştinţe de psihiatrie, aşa ca să fie în stare să deosebească afecţiunile mintale. Alienistul, pe lîngă specialitatea sa, trebuie să aibă o cunoştinţă profundă despre structura creierului şi funcţiunile sale, să aibă o bogată educaţiune generală, să fie ager şi organizator ; în acelaşi timp, alienistul trebuie să fie psiholog, filozof, sociolog şi filantrop, pe lîngă asta un om cu o inimă largă şi de un spirit înalt, căci în persoana sa se concentrează aproape toate mijloacele tratamentului moral, care formează una din părţile cele mai de căpetenie a tratamentului alienaţilor.*

Aspiraţiile exprimate de dr. Lukaszewski relevă însăşi orientarea Facultăţii de medicină ieşene care, la 14 ani de la înfiinţare (1879), solicita cu o permanentă insistenţă ministerului tutelar înfiinţarea catedrelor de bacteriologie, oftalmologie, dermatologie, pediatrie, neurologie şi psihiatrie (raportul nr. 107 din 27 noiembrie 1885, nr. 87 din 2 dec. 1886, nr. 492 din 4 martie 1892 etc.), fără a obţine însă un rezultat favorabil.

În aceste condiţii, epitropia spitalelor Sf. Spiridon pune, în anul 1881, la dispoziţia Facultăţii de medicină ospiciul de alienaţi de la Golia, spre a servi pentru învăţămîntul psihiatric şi neurologic, iar medicii Al. Brăescu şi G. Pastia, salariaţi ai epitropiei, se oferă să asigure onorific cursurile respective. Răspunzînd la cererea aces-

Scanned with CamScanner

tora, Ministerul Cultelor și Instrucțiunii Publice, prin adresa nr. 8674 din 18 noiembrie 1895, aprobă ca dr. Pastia să țină un curs liber de „clinica boalelor nervoase și mentale", iar dr. Al. Brăescu un curs de „patologia boalelor mentale".

Dr. George Pastia (1853—1910) era absolvent al Facultății de medicină din București, iar teza de doctorat și-a susținut-o la Montpellier, în 1880, cu un subiect chirurgical.

Între anii 1893—1897, Pastia funcționează ca medic primar provizoriu la ospiciul Golia, considerîndu-se că „s-a aplecat în studiul bolilor mentale". Activitatea sa didactică s-a rezumat, în 1894, la cîteva expuneri duminicale despre bolile mintale, iar în anul școlar 1895—1896 a predat benevol studenților anului V de la Facultatea de medicină cursul de clinica bolilor nervoase și mintale, după care renunță la activitatea neuro-psihiatrică în favoarea funcției de medic primar al băilor epitropiei Sf. Spiridon.

Dr. Alexandru Brăescu (1860 Burdusaci—Zeletin, 1917 Iași), eminent student al Facultății de medicină din Iași, a lucrat ca intern la clinica de medicină internă condusă de prof. V. Negel și apoi ca medic secundar la serviciul de primire al spitalului Sf. Spiridon.

Datorită „aptitudinilor speciale pentru studii și conduita exemplară" pe care le manifesta dr. Al. Brăescu, epitropia Sf. Spiridon l-a ajutat să plece la Paris în 1893, pentru specializare în neurologie și psihiatrie, întorcîndu-se la Iași cu aprecieri deosebit de elogioase din partea unor personalități ca Charcot, Brissaud, Dejerine, Pierre Marie, Potaine, Dutil, d'Arsonval etc., cît și cu un studiu meticulos privind organizarea asistenței psihiatrice și construcția spitalelor de profil din Anglia, Scoția, Franța, Elveția, Belgia, Austria.

În 1897 este numit medic primar prin concurs la ospiciul Golia și, împreună cu intelectualitatea din Iași, declanșează o acțiune susținută pentru construirea unui spital anume destinat îngrijirii bolnavilor psihici din Moldova.

În urma acestei acțiuni susținute, corpurile legiuitoare acordă în 1897 epitropiei Sf. Spiridon din Iași o subvenție de 350.000 lei, pentru începerea lucrărilor de construire a spitalului de la „Socola".

*

Construcția spitalului „Socola", proiectat pentru o capacitate de 400 paturi în sistem pavilionar, începută în 1897, a fost terminată în 1899, adică cu 7 ani înainte de votarea legii pentru clădirea unui „ospiciu de alienați" lîngă București. *

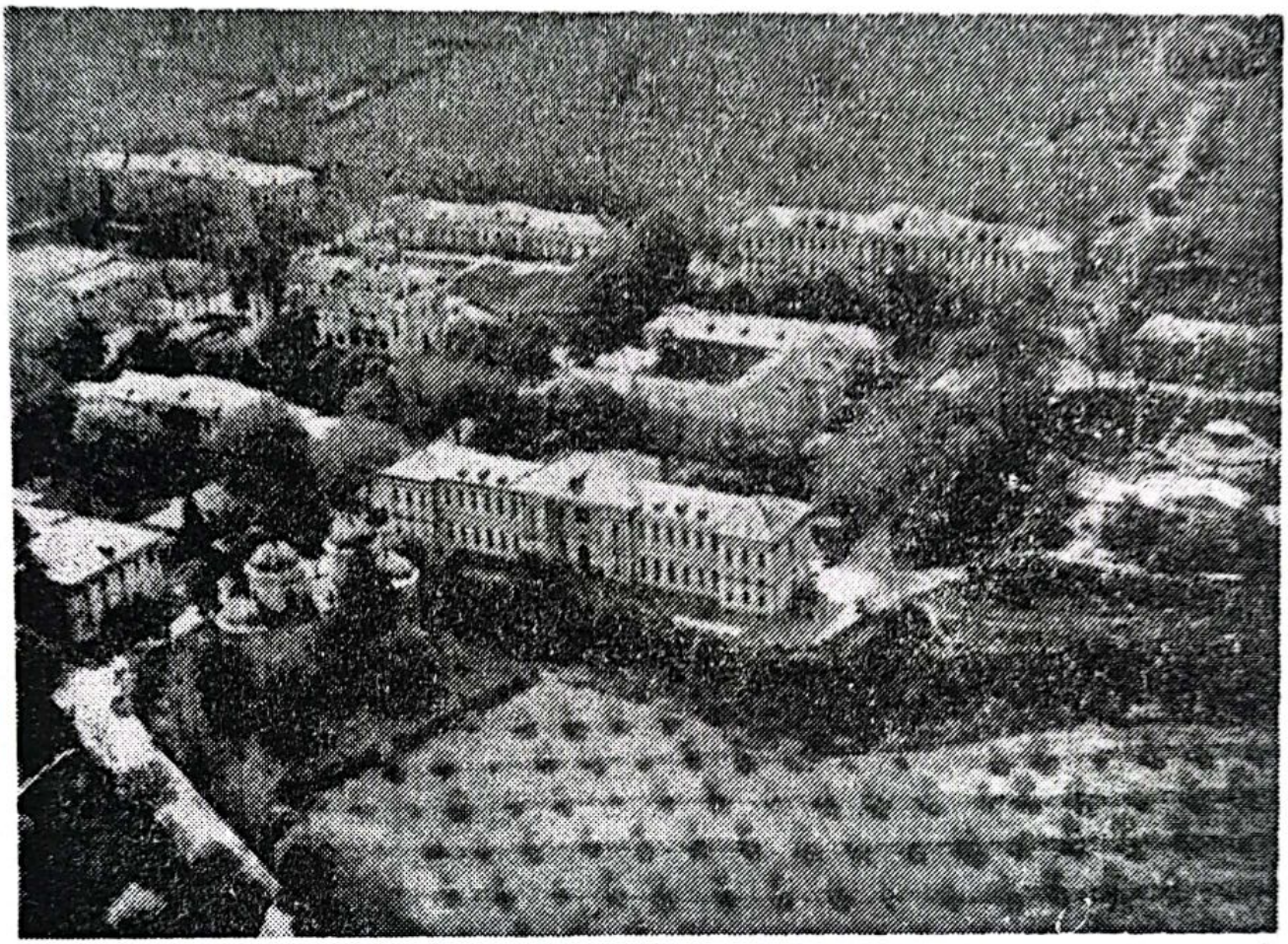
---

* Aceste detalii par a fi interesante deoarece se afirmă că prof. Al. Obregia ar fi „determinat" cu prioritate construirea spitalului Socola.

Nu este însă mai puțin adevărat că în calitatea sa de director al Direcției Sanitare din Ministerul de Interne, Al. Obregia a decis dotarea spitalului „Socola" cu echipamentul necesar, care se deschide astfel la 12(25) octombrie 1905.

Scanned with CamScanner

Deschiderea spitalului „Socola", care a avut loc abia în 1905, se pare că a fost stimulată și de semnificativul articol-program pentru dezvoltarea psihiatriei, publicat în 1903, de Al. Brăescu în *Buletinul Societății de Medici și Naturaliști* sub titlul *Cum sînt con-*



Perspectiva spitalului Socola — cu ale sale elemente arhitectonice de stil moldav, grupat în ambianța molcomă a livezilor de pe colinele Buciumului ieșan, relevă semnificația pe care o acorda ctitorul său — Alexandru Brăescu — influenței factorilor de mediu asupra sănătății.

siderați și asistați alienații în România, din care redăm ideile principale.

După un scurt istoric al asistenței bolnavilor psihici în țările dezvoltate, unde insistă asupra sistemului porților deschise și asistenței în familie, a clinoterapiei bolnavilor acuți și ergoterapiei în colonii anexă sau autonome pentru bolnavii cronici inofensivi, a școlilor speciale pentru oligofreni, a coloniilor agricole pentru alcoolici și epileptici, precum și a unităților deosebite pentru bolnavii criminali, Al. Brăescu se referă, în continuare, la condițiile din România. Astfel, din studiul respectiv rezultă că, în 1903, Mărcuța —

Scanned with CamScanner

București avea 50 paturi, Craiova 60 paturi, Golia 90 paturi și mănăstirea Neamț 60—70 paturi. Exceptînd azilul din Craiova, celelalte le considera a fi tot atît de rele ca azilele din Franța și Anglia, la sfîrșitul secolului al XVIII-lea.

Comparînd indicii de morbiditate cu numărul bolnavilor asistați, dr. Brăescu arată că, în comparație cu Scoția și Belgia, care la o populație de $4^1/_2$—5 milioane asistă 12—15.000 bolnavi, la noi, la aceeași populație, sînt asistați de 15 ori mai puțini bolnavi, spre a remarca în continuare cu asprime dezinteresul autorităților din acele timpuri față de soarta bolnavilor mintali.

Subliniază apoi cu literă groasă că „la Iași s-a construit un azil care e gata de 4 ani, și care a început să se dărîme fără ca să fi făcut instalațiile necesare și fără să fi văzut un singur bolnav în el, ceea ce arată pînă la ce punct îngrijim alienații" :

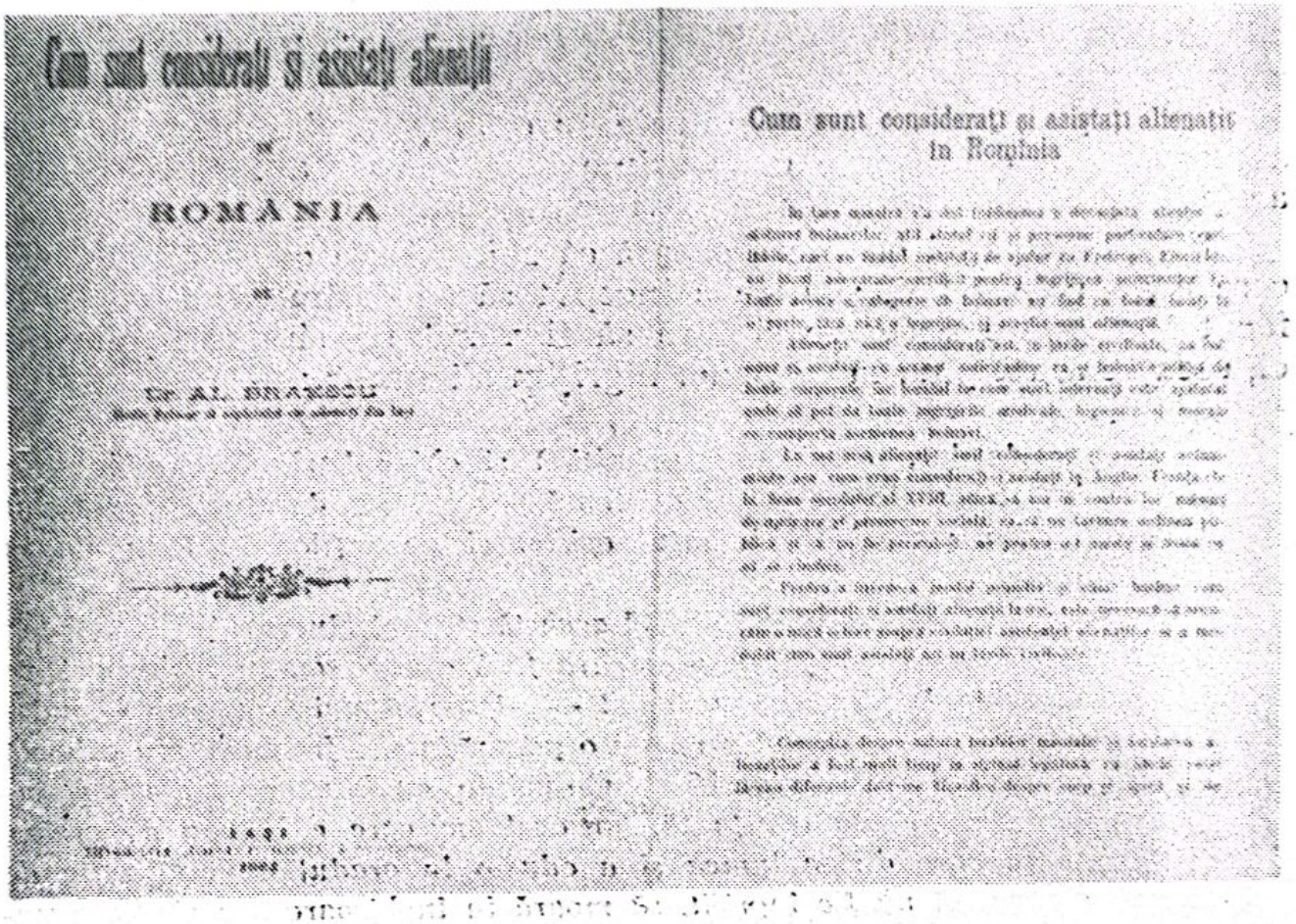
> *Așadar, o asistență primitivă și chiar barbară a alienaților din azile ; nici un fel de asistență pentru 4000 de alienați care sînt pe din afară, iată bilanțul asistenței alienaților în România în anul 1903.*
>
> *Mai trebuie oare tolerată această stare de lucruri ?*
>
> *Trebuie oare lăsat să moară fără ajutor sau în închisoare pe acel ce și-a pierdut sau deviat — adesea numai temporar — judecata ? Cum, bolnavul care are o pneumonie, o fractură, sau o boală de piele să fie căutat în* spitale-palate, *cu lux de instalații și îngrijire medicală constantă, iar acel om care e bolnav de creier, organ care dirige lumea și a adus-o la gradul de civilizație de acuma, să nu fie îngrijit, să moară în închisoare sau să fie aruncat într-un azil care este un fel de Gheena sau ospiciu de infirmi ? Nu, aceasta nu mai este posibil. În numele umanității și gradului de civilizație în care trăim această dureroasă stare de lucruri nu trebuie să mai continue.*

Întrebîndu-se *ce este de făcut*, Al. Brăescu propune :

> *1. Să se creeze un azil pe lîngă București pentru 500—600 bolnavi (avîndu-se grijă să nu se repete greșelile de la „Socola").*
>
> *2. Să se instaleze și deschidă urgent azilul de la Iași.*
>
> *3. Pe lîngă fiecare azil se va anexa cîte o colonie-fermă după sistem german.*
>
> *4. Să se înființeze, pe lîngă azile, ateliere complete pentru bărbați și femei.*
>
> *5. Să se modifice legislația relativă la alienați, în sensul ca formalitățile de internare în azile să fie mai ușoare și mai repezi.*
>
> *6. Să se înființeze la București sau Iași o școală de infirmieri de unde să se recruteze personalul inferior al azilelor.*

Scanned with CamScanner

7. Să se constituie o comisie compusă din medici alienişti şi persoane particulare care să se ocupe de tot ce priveşte asistenţa alienaţilor *.


Cum sunt considerați și asistați alienații în România

ROMÂNIA

Dr. AL. BRĂESCU

Cum sunt considerați și asistați alienații în România

În încheiere, dr. Al. Brăescu aduce următoarea motivaţie incisivităţii articolului :

Scriind rîndurile de mai sus am fost condus numai de ideia de a arăta starea reală în care se găsesc alienaţii în ţara noastră ; — am crezut că este de datoria mea, ca medic ce dirig un asil de alienaţi şi cari cunosc starea în care se găsesc aceşti bolnavi, să atrag atenţia puterilor publice şi a opiniei publice asupra acestor nenorociţi cari nu sînt întru nimic vinovaţi de boala lor şi cari desigur merită o îngrijire şi o soartă mai bună.

Cînd conducătorii statului se vor hotărî să facă ceva, în acest sens, atunci voi arăta pe larg modul cum ar trebui organizată asistenţa în raport cu mijloacele şi nevoile noastre.

---

* Se precizează astfel în plus acţiunea prioritară a centrului universitar ieşean în instituţionalizarea asistenţei psihiatrice moderne, care, în prezent, cunoaşte o amplă dezvoltare în întreaga ţară.

Scanned with CamScanner

Pe lîngă încordata și rodnica activitate depusă pentru construirea unui spital modern de psihiatrie care să deservească populația din Moldova, lui Al. Brăescu îi revine meritul de a fi asigurat și învățămîntul de psihiatrie la Facultatea de medicină din Iași, în perioada 1895—1906.

În urma insistențelor Facultății de medicină din Iași, ministerul îi acordă dr. Al. Brăescu titlul de profesor suplinitor în 1889, titlu pe care îl confirmă în 1902, fără a bugeta însă catedra.

După ce, în 1903, se adresează ministerului solicitînd fără rezultat nominalizarea catedrei, în 1906 refuză să mai onoreze Facultatea de medicină cu serviciile sale. Totodată, este de reținut faptul că acest eminent om de știință și umanist, pe lîngă serviciile devotate ce le-a oferit spitalului Socola, în calitate de ctitor și medic primar director, începînd din 1897 și pînă la moartea sa — în 1917 — a îndeplinit consecvent și funcția de profesor de „medicină populară și higienă" la școala normală „Vasile Lupu" și seminarul „Veniamin Costachi", într-o manieră atît de impresionantă prin claritate și ținută, încît lecțiile sale rămîneau întipărite pentru totdeauna în amintirea elevilor săi.

Onestitatea ce l-a caracterizat pe Al. Brăescu rezultă și din următoarea adresă înaintată Epitropiei Spitalelor Sf. Spiridon de către prof. Parhon, ca succesor la conducerea spitalului Socola :

Iași, 1917 luna aprilie în 26.

Domnilor Epitropi, am onoare a vă comunica cele ce urmează : În urma decedării regretatului Dr. Brăescu, fost director al ospiciului și cu ocaziunea înmormîntării sale, personalul Socolei a subscris o sumă de cîteva sute de lei destinată pentru cheltuielile de înmormîntare. Cum aceste s-au făcut pe contul epitropiei, suma a rămas disponibilă la Epitropie.

Familia regretatului coleg voește să facă pe contul său propriu grilajul de la mormînt și ne roagă ca din suma de care am vorbit să se facă un mic bust care să se așeze înaintea ospiciului.

Cum ospiciul Socola e în cea mai mare parte opera D-rului Brăescu, mi se pare că acest ultim omagiu adus memoriei sale e perfect justificat și vă rugăm să binevoiți a aproba această cerere a familiei.

Primiți vă rog, Domnilor Epitropi, asigurarea deosebitei mele considerațiuni.

Medic primar director
Dr. C. Parhon

Acest mic bust de bronz, turnat în proporția de a orna cabinetul directorial, a dispărut în împrejurările războiului și odată cu el ultima imagine fizică al acestui remarcabil pionier al psihiatriei românești.

Scanned with CamScanner

După refuzul dr. Al. Brăescu de a mai onora o catedră nebugetară prin lege, Facultatea de medicină din Iași a încredințat ținerea cursurilor doctorului P. Zosin.

Dr. Panaite Zosin (1873—1942), originar din Gorbănești — Botoșani, absolvent al Facultății de medicină din București, unde și-a susținut teza de doctorat în 1900 cu subiectul *Substratul patologic în pesimismul contemporan,* în perioada 1900—1903 își completează studiile de specializare în neurologie și psihiatrie la Berlin, Heidelberg și Paris. Reîntors în țară, preia pentru scurt timp conducerea ospiciului de la mănăstirea Neamț, rămînînd din acea perioadă și interesantul său studiu privind *Istoricul ospiciului de alienați de la mănăstirea Neamțului,* publicat în revista „Arhiva" nr. 3, 1905. În anul 1904—1905 Panaite Zosin susține un ciclu de prelegeri libere de psihiatrie medico-legală, iar în perioada 1906—1912 predă cursul de neurologie și psihiatrie la Facultatea de medicină din Iași, catedra devenind, în sfîrșit, bugetară începînd cu anul 1910.

Dr. Panaite Zosin, visător entuziast, pe lîngă o publicistică pozitivistă insuficient definită, s-a străduit să permeabilizeze opinia publică față de suferința psihică și printr-o susținută activitate oratorică de succes.

*

Anul 1912, marchează etapa dezvoltării științifice a Școlii de la Socola, datorită activității desfășurată de Constantin Parhon, colaboratorii și elevii săi.

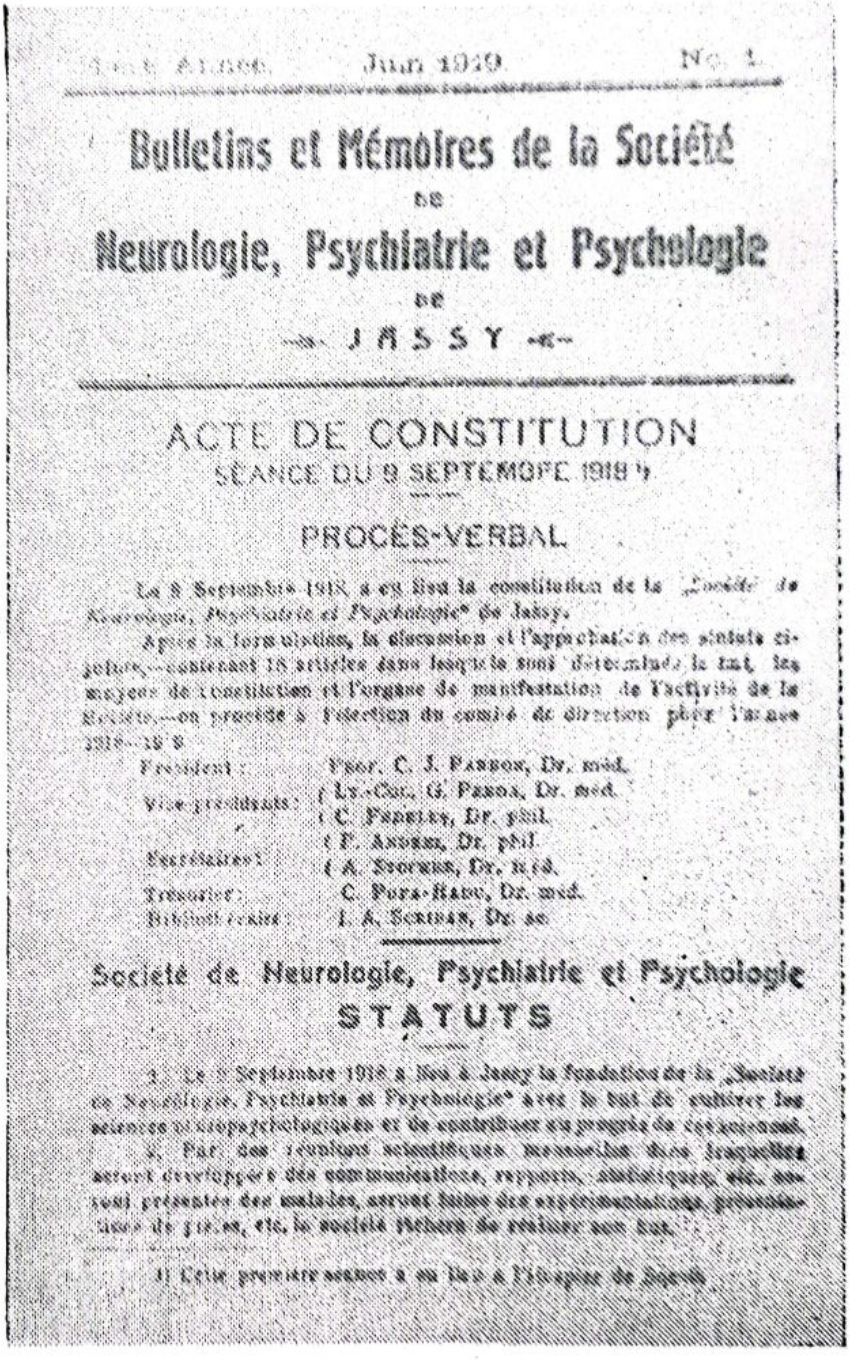
C. I. Parhon (1874—1969) s-a consacrat de la început studiului neurologiei și psihiatriei, lucrînd ca intern, medic secundar și apoi ca șef de lucrări sub directa îndrumare a ilustrului său maestru, Gh. Marinescu, la spitalul Pantelimon din București. Spirit sagace și perseverent, muncitor entuziast și patriot luminat, tînărul Parhon s-a diferențiat repede ca un savant deschizător de noi drumuri, publicînd în 1909 în colaborare cu dr. M. Goldștein, primul studiu științific de amploare pe plan mondial, referitor la *Raportul glandelor endocrine cu patologia mentală.*

Atras în mod deosebit de psihiatrie, în 1910 ocupă prin concurs postul de medic primar la ospiciul Mărcuța, devenit vacant prin pensionarea prof. Al. Suțu, unde își continuă studiile de morfo- și psiho-endocrinologie, care aveau să-l diferențieze ca precursor al endocrinologiei încă din 1913, cu ocazia congresului internațional de neurologie și psihiatrie de la Gand.

Bucurîndu-se de un prestigiu științific deosebit, C. I. Parhon ocupă, prin concurs, la 6 noiembrie 1912, catedra de „boale mentale și nervoase" la Facultatea de medicină din Iași, pe care a onorat-o rodnic pînă în 1934, cînd a fost numit profesor la catedra de endocrinologie din București, anume înființată și printre primele din lume.

Scanned with CamScanner

Activitatea şcolii de la Socola, iniţiată de Parhon, se caracterizează prin orientare determinist-ştiinţifică fundamentată pe cercetarea analitică a corelaţiilor bio-chimice şi anatomo-clinice ale activităţii somato-psihice în condiţii normale şi patologice, plecîndu-se *de la premisa că ceea ce nu se cunoaşte, nu înseamnă că nu există*, sau, cu alte cuvinte, că *nu există tulburare psihică sine materia.*



Bulletins et Mémoires de la Société
de
Neurologie, Psychiatrie et Psychologie
de
JASSY

ACTE DE CONSTITUTION
SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1919

PROCÈS-VERBAL

Société de Neurologie, Psychiatrie et Psychologie
STATUTS

Cercetarea ştiinţifică în şcoala de la Socola se corobora totodată cu efortul terapeutic, plecîndu-se de la ideea că *Psihiatrii de azi nu trebuie să considere constituţia somatică drept ceva intangibil, ci trebuie s-o studieze, să-i studieze determinismul şi mijloacele de a o influenţa* *.

Orientarea şcolii de la Socola s-a afirmat pe deplin prin intermediul Societăţii de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie şi Endocrinologie, creată în 1918 şi prin intermediul căreia s-au ţinut, în perioada 1920—1938, 18 congrese în diferite localităţi din ţară, unde exista un spital de boli nervoase şi mintale.

În primul comitet al acestei remarcabile societăţi, se aflau pe lîngă Parhon — în calitate de preşedinte, dr. Gh. Preda şi C. Fedeleş (dr. şt. filozofice) ca vicepreşedinţi ;

---

* C. I. Parhon : *Asupra constituţiei somatice la alienaţi.* Congresul psihiatrilor români, Cluj, 1920 şi Revista medicală, Sibiu, 1920.

Scanned with CamScanner

Dr. Arnold Stocker şi Petru Andrei (dr. şt. filozofice), secretari ;
Dr. Corneliu Popa-Radu, casier ;
I. A. Scriban, (dr. şt. biologice), bibliotecar.

Alături de aceste personalităţi trebuie să reamintim de Maria Parhon, dr. în şt. fiziologice şi dr. Emil Savini, care au contribuit din plin la dezvoltarea cercetării ştiinţifice în cadrul şcolii de la Socola, cît şi pe atunci tinerii interni Maria Briese, Zoe Caraman Charlotte şi Leon Ballif, Vasile Mîrza, Tatiana şi Mareş Cahana.

Activitatea vastă a savantului C. I. Parhon care, pentru meritele sale deosebite ca om de ştiinţă şi consecvent patriot progresist, a fost distins cu titlul de academician şi a îndeplinit funcţia de preşedinte al Prezidiului Marii Adunări Naţionale a Republicii Populare Române, se reflectă în două volume de „Opere Alese“ editate, în 1954, de către Academia Română, prin grija elevului său, acad. Ştefan Milcu.

După chemarea acad. Parhon, în 1934, la catedra de endocrinologie din Bucureşti, anume destinată acestui savant deschizător de noi drumuri în ştiinţele biologice şi medicale, activitatea şcolii de la Socola a fost dezvoltată în continuare de elevul şi colaboratorul său, profesorul Ballif.

Leon O. Ballif (18.II.1892, Tibăneşti — Iaşi, 18.V.1967, Iaşi) după ce a absolvit Facultatea de medicină din Iaşi, a lucrat succesiv ca extern, intern şi medic secundar în clinicile din Iaşi.

Pasionîndu-l ştiinţele naturale, se afirmă ca asistent şi apoi şef de lucrări la catedra de fiziologie din Iaşi, unde a lucrat cu prof. Emil Socor şi Vasile Râşcanu.

Demonstrînd calităţi deosebite, în 1922 i se acordă o bursă datorită căreia are posibilitatea să se specializeze în domeniul neurofiziologiei, lucrînd în laboratoarele de la Oxford şi Cambridge, sub îndrumarea lui Sherrington şi Langley.

Pe lîngă studiile de neurofiziologie, s-a preocupat şi de organizarea asistenţei psihiatrice în Anglia şi Scoţia.

Reîntors în ţară, în 1925, preia funcţia de medic primar director la spitalul „Socola“ şi, alături de Parhon, pe lîngă activitatea ştiinţifică şi didactică, se dedică spinoasei munci de organizare a asistenţei psihiatrice.

Pe această linie merită să fie amintită realizarea primei unităţi de malariaterapie din ţară (în colaborare cu M. Ciucă, în acel timp profesor la catedra de boli infecto-contagioase din Iaşi), unde s-au făcut apoi şi se continuă studii de importanţă mondială privind infecţia malarică, cît şi crearea primei unităţi spitaliceşti din ţară pentru asistenţa bolnavilor cu parkinsonism post encefalitic (secţia „Manta Roşie“ — 1932) şi a coloniei Şipote (1938).

Ca om de ştiinţă, a dezvoltat o vastă activitate de cercetare, imprimînd orientarea fiziopatologică în domeniul psihiatriei, neurologiei şi endocrinologiei.

Scanned with CamScanner

Sesizînd sensul sociologic al psihiatriei contemporane, profesorul Ballif a fost un promotor al igienei mintale în țara noastră și a contribuit din plin, deși întîmpinînd mari greutăți, la dezvoltarea prestigiului școlii de la Socola, prin publicarea în limba franceză a *Buletinului Societății* în perioada anilor 1919—1946.

Profesorul Ballif a mai îndeplinit în decursul timpului funcțiile de președinte al Societății de „Medici și Naturaliști" și de rector al Universității „Al. I. Cuza" din Iași și a fost distins cu titlul de profesor emerit.

Corelativ cu activitatea școlii de la Socola se desfășoară îndelungata și entuziasta activitate a eminentului dr. Gh. Preda, promotorul activității contemporane a spitalului de neuro-psihiatrie de la Sibiu.

Dr. Gheorghe Preda (1879—1965), originar din Botoșani, după obținerea titlului de doctor în medicină și chirurgie în cadrul Institutului medico-militar din București în 1904, se dedică studiului bolilor mintale și nervoase, sub îndrumarea lui Gh. Marinescu și C. I. Parhon.

Manifestîndu-se promițător în această specialitate, Gh. Preda este îndrumat, pe bază de concurs, pentru specializare în Franța și Germania. La Paris a lucrat cu Raimond, Ballet, Berillon, iar la Berlin în Institutul de neurobiologie condus de Oskar Vogt.

Pentru meritele și competența sa, a fost numit în 1919 medic primar director al spitalului de neuro-psihiatrie din Sibiu, unde a continuat să lucreze neobosit, pînă la sfîrșitul vieții, secondat de loialul său colaborator dr. Th. Stoenescu.

Prieten apropiat al școlii de la „Socola", Gh. Preda rămîne în istoria psihiatriei românești ca exponent al dezvoltării asistenței extraspitalicești, ctitorul primului dispensar psihiatric înființat la Sibiu în 1933, vigurosul veteran redactînd la vîrsta de 84 ani un *Manual de inițiere în ergoterapie,* iar la vîrsta de 86 ani un studiu privind *Modificările și tulburările afective la oamenii vîrstnici.*

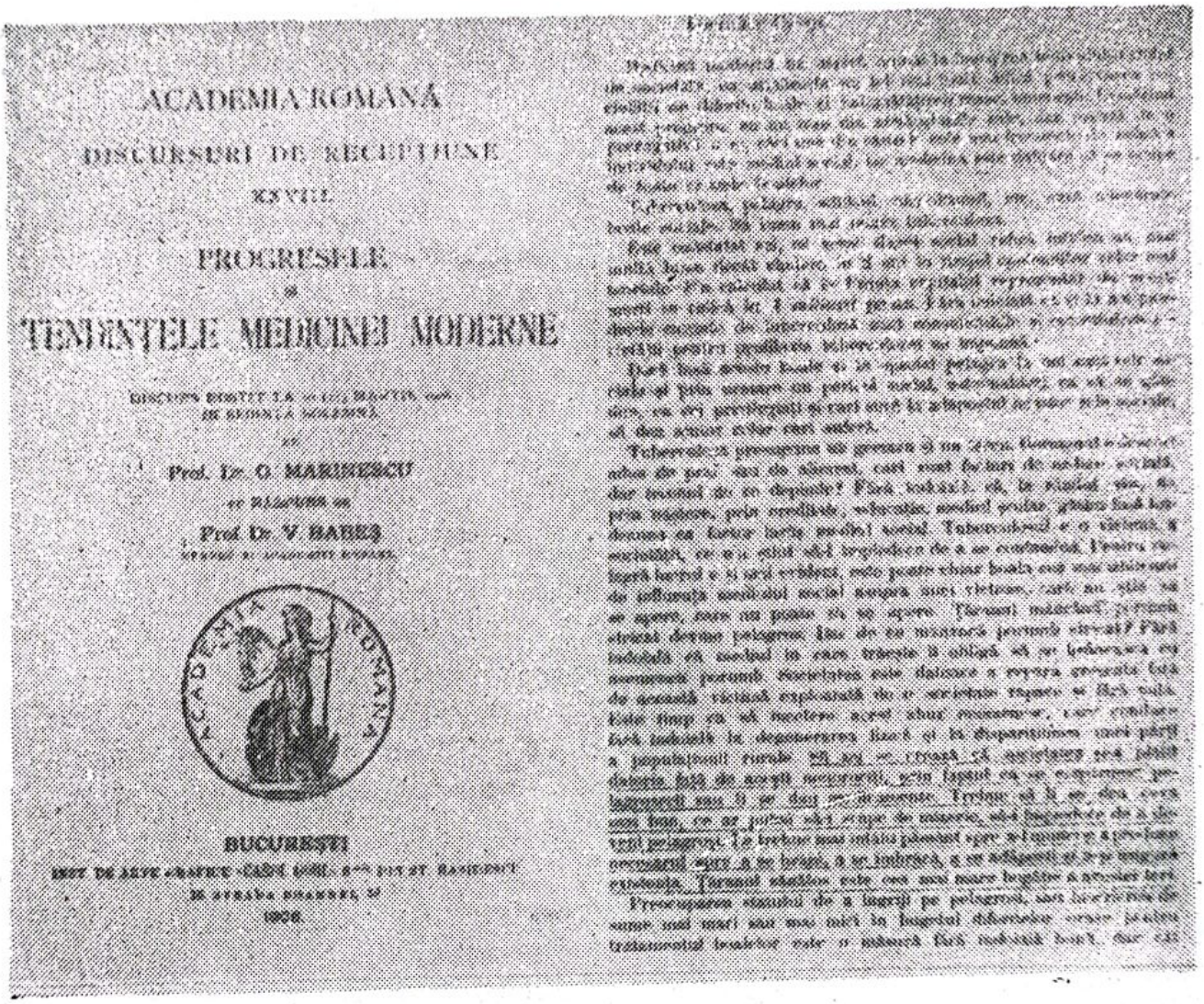
*

Nu se poate vorbi de ctitorii psihiatriei românești fără a sublinia semnificația lui Gheorghe Marinescu (1863—1938), maestrul sub a cărui îndrumare s-au format savanți de renume mondial ca Parhon, Minea, Ionescu-Sișești, A. Radovici, I. T. Niculescu, State Drăgănescu, A. Kreindler și O. Sager. Pe lîngă remarcabilele sale studii originale în domeniul neurologiei, dintre care rămîne în patrimoniul universal, în primul rînd, „La cellule nerveuse", Gh. Marinescu și-a adus contribuția rodnică și în elucidarea unor probleme fundamentale ale psihiatriei ca, de exemplu, în legătură cu fiziopatologia isteriei, rolul reflexelor condiționate în dezvoltarea psihică, etiopato-

Scanned with CamScanner

genia epilepsiei și a demenței senile, semnificația sugestiei și hipnozei etc.“ *.

Gh. Marinescu și colaboratorii săi s-au aflat în relații apropiate cu Școala de la Socola, participînd activ în același spirit determi-


ACADEMIA ROMÂNĂ

DISCURSURI DE RECEPȚIUNE

XXVIII.

PROGRESELE
ȘI
TENDINȚELE MEDICINEI MODERNE

Prof. Dr. G. MARINESCU

Prof. Dr. V. BABEȘ

BUCUREȘTI

1926.

nist-științific progresist, atît în cadrul congreselor organizate de „Societatea română de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie“, cît și în paginile „Buletinului“, redactat de această Societate.

Prestigiul deosebit de care s-a bucurat în lumea științifică mereu preocupatul cercetător, atent la orice vibrație novatoare în bio-

---

* Opera savantului Gh. Marinescu depășește cadrul nostru orientativ. Pentru cei interesați stau la îndemînă următoarele studii de sinteză : C. I. Gulian — *Pagini alese din opera lui Gh. Marinescu*, Ed. Acad. R.P.R. 1955. Liviu Fladó, Marioara G. Marinescu, Dr. A. Radovici — *Gh. Marinescu, istoria unei vieți închinate muncii, științei, progresului.* Ed. Tineretului, 1958.

Oeuvres Choisies (sub redacția A. Kreindler și A. Mareș. Ed. Acad. R.P.R. 1963).

Dr. Gh. Brătescu și Marioara Gh. Marinescu : *Gheorghe Marinescu, corespondență.* Ed. Științifică, București, 1968.

Scanned with CamScanner

logie şi medicină, s-a datorat, în egală măsură, atît clarităţii gîndirii sale materialist-deterministe care s-a impus întregii şcoli româneşti de neurologie şi psihiatrie, cît şi prin curajul atitudinii sale în lupta pentru echitate şi propăşire socială :

> *Medicina modernă nu aspiră numai la îngrijirea individului izolat de societate, ea urmăreşte un ţel mai înalt, adică prezervarea societăţii de diferite boale şi îmbunătăţirea rasei omeneşti. Urmărind acest program, ea nu iese din atribuţiunile sale, dar uzează de o prerogativă a ei, căci una din cauzele cele mai frecvente de boală ale individului este mediul social, iar medicina este datoare să se ocupe de toate cauzele boalelor...*
>
> *Societatea este datoare a repara greşeala faţă de această victimă exploatată (ţărănimea n.n.) de o societate rapace şi fără milă. Este timpul ca să înceteze acest abuz neomenesc, care conduce fără îndoială la degenerarea fizică şi la dispariţiunea unei părţi a populaţiei rurale. Să nu se crează că societatea şi-a plătit datoria faţă de aceşti nenorociţi, prin faptul că se construiesc pelagrozerii sau li se dau medicamente. Trebuie să li se dea ceva mai bun, ce ar putea să-i scape de mizerie, să-i împiedice de a deveni pelagroşi. Le trebuie mai întîi pămînt spre a-l munci şi a produce necesarul spre a se hrăni, a se îmbrăca, a se adăposti şi a-şi asigura existenţa...*
>
> (G. Marinescu : *Progresele şi tendinţele medicinei moderne.* Academia Română, discurs de recepţie, 10(23) martie 1906, pp. 20-21).

Curente şi opinii în psihiatria contemporană

Prima jumătate a secolului XX se caracterizează printr-o preocupare susţinută în vederea realizării unor sinteze cît mai explicite privind complexitatea fenomenologiei psihice.

În acest sens, se plasează în prim plan — încă de la începutul secolului — sinteza nosografică realizată de E. Kraepelin (1856—1926) care a reunit în noţiunea de *psihoză maniaco-depresivă* totalitatea psihosindroamelor „afective" şi în noţiunea de *demenţia praecox* (denumită apoi de către E. Bleuler *schizofrenia* şi de Ph. Chaslin *psihoza discordantă),* psihosindroame aparent disparate ca hebefrenia, catatonia şi delirul cronic halucinator. Datorită studiilor lui Janet, Freud, Beard, Dubois etc. se delimitează conţinutul noţiunii de nevroză ca psihogenie în general, iar Al. Obregia creează noţiunea de *ciclofrenie,* în scopul de a preciza periodicitatea în cadrul psihozelor endogene, indiferent de natura lor.

În acelaşi timp şi în paralel cu eforturile de clarificare nosografică, sindromatică şi etiopatogenică, se produce diferenţierea laturii sociologice a psihiatriei, racordarea psihiatriei cu psihologia, pedagogia şi sociologia realizîndu-se prin intermediul psihofiziologiei.

Scanned with CamScanner

Plecînd de la preocuparea psihiatriei clinice de la sfîrșitul secolului XIX pentru studiul abaterilor de la „standardul" normalității prin metode psihometrice (Riger, Wurzburg, Kraepelin, Catell, Rossolimo etc.), Binet, Vaschide, Simon, Piéron, Claparède, Merill, Therman etc. au fundamentat psihologia clinică contemporană (care se află în mod necesar în interdependență cu psihopatologia prin legea variațiilor concomitente dintre normal și patologic), psihologie clinică la aprofundarea căreia a contribuit, în primul rînd, monismul psihofiziologic.

„Edip tălmăcește enigma Sfinxului".
(Desen pe un vas antic)

Preocupările comune pentru psihofiziologie și psihopatologie au reunit în echipă preocupările unor grupuri tot mai largi de medici, biologi, fiziologi, chimiști, psihologi, pedagogi și sociologi, realizîndu-se astfel psihiatria științifică contemporană ca disciplină de sinteză plurifactorială.

Procedînd la o tentativă de sistematizare în multitudinea de curente și opinii psihiatrice contemporane prin aducerea la același numitor gnoseologic, se diferențiază, în mod evident, gruparea psihofiziologică nervistă, al cărui nucleu expresiv îl constituie doctrina pavloviană, în contrapunere cu doctrina freudiană.

•

Concepția nervistă pavloviană despre activitatea psihică, expresie a materiei vii superior organizată prin intermediul creierului, se află în continuitate cronologică și gnoseologică cu evoluționismul lui Spencer-Jackson și îndeosebi cu monismul reflexologic al lui Secenov (sub a cărui influență s-au dezvoltat atît Pavlov, cît și Wedenski, Behterev și Uhtomski) :

> *Teoria activității reflexe se bazează pe trei principii fundamentale de cercetare științifică riguroasă : în primul rînd pe* principiul determinismului, *adică al impulsului sau cauzei oricărei acțiuni sau*

Scanned with CamScanner

efect determinant; în al doilea rînd, principiul analizei şi sintezei, *adică al descompunerii întregului în părţi sau unităţi, urmată de reconstituirea întregului din aceste unităţi sau elemente; şi în sfîrşit,* principiul structuralităţii, *adică al dispoziţiei acţiunii forţelor în spaţiu, al adaptării funcţiei la structură.*

(I. P. Pavlov: *Un fiziolog răspunde psihologilor,* 1932)

Ivan Petrovici Pavlov (1849—1936), laureat al premiului Nobel în 1904, pentru studiile sale asupra digestiei şi circulaţiei, plecînd de la observarea fenomenului de salivare în cadrul prînzului fictiv, a elaborat cu ingeniozitate, răbdare şi muncă perseverentă exemplară doctrina despre *Activitatea nervoasă superioasă* (ANS) ca substrat al activităţii psihice.

Filonul evoluţionist al doctrinei psihofiziologice pavloviene constă în teza posibilităţii transformării reflexelor condiţionate (dobîndite) în reflexe absolute (înnăscute) în decursul filogenezei, atunci cînd legătura temporară are o semnificaţie biologică deosebită şi constantă. Această teză evoluţionistă a fost prelucrată în ultimul deceniu de către Anohin în cadrul teoriei sale despre evoluţia biologică în macro-intervale temporale, după cum, în acelaşi sens, se pronunţa şi Behterev atunci cînd vorbea despre „memoria biologică" (1921—1927).

I. P. Pavlov şi-a expus pentru prima oară teoria despre ANS cu ocazia congresului internaţional de medicină de la Madrid, în 1903, în cadrul conferinţei *Psihologia experimentală şi psihopatologia la animale* şi apoi, în continuare, în *Douăzeci de ani de experienţă în studiul obiectiv al activităţii nervoase a (comportării), animalelor, Reflexe condiţionate* (1923), *Prelegeri despre activitatea emisferelor cerebrale* (1926), *Fiziologia reflexelor condiţionate* (1932) etc.

În cadrul conferinţei de la Madrid, Pavlov expune însuşi tezele cercetărilor psihofiziologice de mai tîrziu: noţiunea de legătură temporară şi sensul excitaţiei dominante; noţiunea de reflex necondiţionat şi condiţionat; criteriile fiziologice de lucru în cercetarea fenomenelor psihice pe animalul intact, prin intermediul reflexelor condiţionate.

Urmărind consecvent programul de lucru enunţat la Madrid, Pavlov ajunge după 30 ani de muncă asiduă să edifice conceptul său psihognoseologic, bine cunoscut, privind *Legile fundamentale pe care se structurează activitatea psihică la animale şi om.*

Pavlov şi şcoala sa (L. Orbelli, A. D. Speranski, Ivanov Smolenski, C. M. Bîkov etc.) au contribuit, în mod substanţial, la elaborarea teoriei contemporane despre bipolaritatea reverberantă a fenomenelor psihice ca expresie a dinamicii materiei vii în interdependenţă cu mediul, cît şi în elucidarea unora din mecanismele etiopatogenice ale tulburărilor psihice.

Astfel, de exemplu, referindu-se la fiziopatologia schizofreniei, pe care o asemăna cu o stare de hipnoză cronică, adică de inhibiţie

Scanned with CamScanner

supraliminară corticală difuză stagnantă, Pavlov admitea totodată, în mod explicit — ca și în cazul altor boli psihice — posibilitatea preexistenței ereditare sau cîștigate „a unei anumite fragilități neuronale", a unui anumit teren favorizant : *Un fiziolog încearcă o incursiune în domeniul psihiatriei,* 1930, *Patologia experimentală a activității nervoase superioare,* 1934, *Tipurile generale ale activității nervoase superioare la animale și la om,* 1935.

Pavlov și școala sa au contribuit atît la clarificarea unora din mecanismele de producere a nevrozelor, realizînd, pentru prima oară, un model experimental prin supraîncordarea proceselor nervoase, cît și a vindecării lor.

În această ordine de idei, este interesant de reținut că stările fazice prin care trece aparatul neuro-cortical în raport cu intensitatea supraîncordării proceselor de excitație și inhibiție descrise de Pavlov, corespund fazelor parabiotice descrise de Wedenski pe preparatul neuro-muscular periferic : faza de egalizare, faza paradoxală și faza ultra-paradoxală (denumită de Wedenski faza de excitație neoscilatorie).

Teoria pavloviană a generat aplicații terapeutice remarcabile, începînd de la efectele reflex-condiționate imunobiologice (Metalnikov), adaptativo-trofice (Orbelli — Bîkov, Speranski, Usievici etc.), pînă la terapia reflex-condiționată în nevroze, alcoolism și analgezia obstetricală, cît și la deschiderea de noi perspective în pedagogia contemporană, cu aplicații deosebite în defectologie și în psihoterapie.

Doctrina psihofiziologică pavloviană este criticată de unii autori ca fiind expresia unei reflexologii mecaniciste, care ar reduce psihiatria doar la suferințe cerebrale și în consecință la perturbarea mecanismelor reflectorii de condiționare. În acest mod, afirmă H. Ey, nu ar mai fi posibilă înțelegerea psihologică în cazurile de „psihoze reacționale", a situațiilor de conflict, și ar „sustrage pe medic de la eforturile psihoterapeutice".

Concomitent cu această critică se recunoaște avantajul interpretării tulburărilor psihice ca un proces cerebral patologic, în sensul medical al cuvîntului, diferențiindu-se astfel față de variațiile psihologice adaptative.

În numele școlii de la Socola, ne permitem să repetăm că nu se poate vorbi de o tulburare psihică *sine materia,* chiar și atunci cînd ne referim la nevroze, acestea presupunînd totuși o modificare metabolică cerebrală de un anumit tip, indusă de o anumită trăire ideo-afectivă. Totodată, admiterea existenței unor modificări funcționale ca substrat al diverselor tulburări psihice, nu exclude nici un moment necesitatea efortului psihoterapeutic prin care se pot declanșa mecanisme de autoreglare compensatorie datorită interdependenței sistemelor de semnalizare.

Pe de altă parte, cercetarea poziției doctrinare, exprimată de Pavlov, nu relevă intenționalitatea impunerii unei dogme reflexo-

Scanned with CamScanner

logice, ci pasiunea și sinceritatea caracteristică marilor oameni de știință pentru o metodologie adecvată studiului dinamic al activității nervoase superioare în interpretarea substratului subiectiv al psihismului. Corectitudinea și intuiția lui Pavlov în studiul legilor fundamentale ale activității psihice, cercetată atît de anevoios prin intermediul glandei salivare ca organ efector, se verifică în prezent prin metode de înaltă tehnicitate electronică și biochimică.

În consecință, doctrina psihofizilogică pavloviană nu poate fi limitată doar la o etapă de cercetare reflexologică, deoarece implică — în mod necesar — interrelația reverberantă evolutiv-adaptativă, fără să se știrbească prin aceasta diferențierile calitative dintre fiziologie și psihologie.

*

Behoviorismul și *psihologia formei* — Gestaltpsychologie (Max Wertheimer, Wolfgang Kohler, K. Koffka) comportă relații de grup cu psihofiziologia pavloviană, datorită recunoașterii semnificației fundamentale a relațiilor dintre stimul și răspunsul efector (comportamental), relații care, teoretic vorbind, pot fi măsurate sub o formă oarecare, orientarea cibernetică în psihologia contemporană exprimînd o cuantificare excesivă în acest sens.

Pe aceeași orbită gravitațională față de psihofiziologia nervistă se înscrie anticipativ teoria lui Jackson despre *Organizarea și disoluția activității psihice,* reactualizată prin *Organodinamismul* lui Adolf Meyer și *Biotipologia lui Kretschmer,* cît și *Hormismul* * lui Monakow și Mourgue, organodinamism apropiat ca sens psihologic de punctul de vedere evoluționist exprimat de P. Janet, E. Bleuler, H. Ey, J. Delay, K. Goldstein etc.

Pe o poziție diferită față de orientarea nervistă contemporană se înscriu psihiatrii — „existențialiști" (K. Jaspers, Bisswanger, Minkowski etc.) care, atunci cînd se referă la rolul unor dezordini organice în generarea tulburărilor psihice, înțeleg prin aceasta eliberarea „structurilor psihice arhaice", „forme de existență imaginară eliberată", tulburări ale „spiritului care nu ar avea relații cu o destructurare fizico-chimică propriu-zisă", interpretare ce confluează de fapt în conceptul despre paralelismul psihofiziologic.

---

* „Hormé" termen folosit de C. V. Monakow (1914) W. Mc. Dougall (1923), Monakow și R. Mourgue (1928) Dide și Guiraud (1923—1950) în scopul de a denumi „tendința propulsivă protoplasmatică a ființei vii spre viitor", ca semnificație fundamentală în conduitele umane.

Noțiunea despre hormie are aceeași semnificație ca și noțiunea freudiană despre „libido" în sensul de energie motrică instinctuală, (limitată inițial de Freud la pulsiunea sexuală).

Teoria hormică exclude paralelismul psiho-fiziologic, avînd sensul holistic de bază instictuală organodinamică a proceselor conștiente.

Scanned with CamScanner

Moralismul și psihogeneza tulburărilor mintale. Arhaica credință despre rolul „păcatului" în geneza bolilor psihice, conturată în Germania ca un concept „moralist" prin școala psihologică a lui G. E. Stahl (1660—1734), a constituit pentru fracțiunea idealistă a psihiatriei germane din secolul XVIII—XIX o facilă modalitate de interpretare a naturii bolilor psihice (Ideler, Langerman, Beneke etc.), Heinroth apreciind în plus că „atașamentul la adevărurile religiei constituie cel mai bun prezervativ împotriva nebuniei".

Conceptul moralist, preia, în epoca contemporană, un limbaj biologizat prin doctrina freudiană, „păcatul" originar apărînd de această dată sub denumirea de „libido", iar boala psihică drept rezultatul „conflictului" dintre pulsionarea sexuală inconștientă și interdicția „Eului" conștient (conflictul dintre „das Es" — Sinele — inconștient libidinal și „das Ich" — Eul — conștient moral-social). Pulsionările libidinale (generate obligatoriu în stadiul dezvoltării infantile preconștiente) s-ar dezvolta apoi, după teoria freudiană, fie sub forma diferitelor boli psihice (îndeosebi a isteriei „nevroză de conversiune", nesatisfacțiile inconștiente transformîndu-se — ca un protest — în simptome somatice sau psihice). Cu alte cuvinte, sindromatica morbidă a conflictualității dintre agresivitate și nesatisfacerea pulsiunilor instinctuale (după freudismul ortodox totdeauna de natură sexuală) și conștiință (expresie interdictivă moral-socială), s-ar configura psihogenetic, încă din stadiul ontogenezei prelogice, sub forma unor diverse „complexe" (de înțărcare, castrare, Oedip, Diana, Narcis etc.), orale sau anale, care se transpun conversiv în diverse conduite perturbate, deviate sau aberante. Complexele refulate și totdeauna ignorate de subiect pot fi descifrate, după freudism, prin analiza „lapsus"-urilor (greșelilor) de vorbire și prin interpretarea viselor, care ar permite o corelare cu structura lor primară determinantă. Această metodă de analiză abisală constituie în același timp și o metodă de tratament moral, vindecarea obținîndu-se prin procedura „asociațiilor libere" ce survin în cursul îndelungatelor „spovediri" necontrolate, „catarsisul", (purificarea, purgarea psihică) generînd prin defulare abreactivă, respectiv prin eliberarea (conștientizarea) pulsiunilor incestuoase, refulate și fixate ca simboluri inconștientizate.

Metaforica interpretare freudiană a „codajului" oniric a provocat, în mod firesc, pe lîngă zîmbete sceptice și ample confruntări teoretice referitor la subiectul „psihologiei abisale", pe al cărui teritoriu incert — și totuși, atît de interesant, se plasează cu prioritate conceptul psihanalitic.

Freud a fost animat de dorința de a realiza prin „psihoanaliză" un triptic gnoseologic care, după cum afirma în 1922, încorporează trei categorii de fapte diferite :

Scanned with CamScanner

— o metodă de cercetare a proceselor mintale aproape inaccesibile la orice altă metodă ;

— o tehnică de tratament a tulburărilor nevropatice, bazată pe această metodă de investigare ;

— un corp de date psihologice, a căror acumulare tinde la formarea unei noi discipline științifice *.

După cum rezultă din datele biografice și evoluția tezei psihanalitice, Freud nu s-a limitat la elaborarea unei metode psihoterapice (ca variantă a hipnoterapiei din care o derivase), el aspirînd la realizarea unei antropologii structurată pe teoria psihologiei abisale.

În acest scop, dezvoltîndu-și doctrina psihanalitică, Freud introduce un al treilea factor și anume „Uberich" (Supraeul) ca expresie a conștiinței morale („format în cursul dezvoltării complexului Oedip prin interiorizarea imaginilor idealizate ale părinților, obiecte primitive de amor").

În dezvoltarea conceptului său, Freud folosește dialectica următoarelor teze : *principiul dinamic* — în ceea ce privește interacțiunea și opoziția forțelor conflictuale, *principiul economic* — în ceea ce privește aspectul cantitativ al forțelor prezente în conflict și *principiul structural* — în ceea ce privește spațialitatea aparatului psihic.

Anumite tendințe actuale ale psihanalizei rămîn dominate de orientarea inițială freudiană :

Melanie Klein acordă o importanță fundamentală conflictelor libidinale din primii 2 ani de viață ;

Taryn Horney pune acentul pe conflictul actual al individului cu societatea ostilă ;

Anna Freud consideră că funcțiile integratoare ale Eului trebuie să fie studiate atît în relație cu lumea exterioară, cît și cu lumea pulsiunilor interioare ;

Psihanaliștii „obiectali" acordă prioritate relațiilor dintre subiect și obiecte exterioare (inclusiv gama relațiilor cu alte persoane) și obiecte interiorizate în cursul dezvoltării libidinale stadiale a personalității infantile.

În rîndul psihanaliștilor „obiectali" se plasează doctrinar și Frantz Alexander cu școala sa psihosomatică, definită formal de Osler ca un concept dinamic psihofiziologic.

Spre deosebire de orientarea clasică freudiană — saturată de teoria libidoului cu relațiile sale, „obiectale" îndepărtate, care în plan terapeutic se axează pe realizarea „transferului progresiv", Carl Rogers apare ca promotor al orientării psihanalitice „non directive" (1951) ce urmărește explicit „ca pacientul să vorbească despre el însuși la prezent" (subiect asupra căruia revenim la cap. Psihoterapia).

---

* Apud D. Lagache : — *La Psychanalyse*. Ed. P.U.F., Paris, 1964.

Scanned with CamScanner

Dacă psihanaliza ca metodă de investigare psihologică și procedură terapeutică menține un interes deosebit, ca doctrină filozofică a întîmpinat de la început o vie împotrivire, îndeosebi din partea psihiatrilor clinicieni cu orientare determinist-științifică.

Opoziția față de dogmatismul pansexualist s-a manifestat de altfel și în rîndul aderenților freudiști, dînd naștere curentelor psihanalitice dizidente ale lui Adler și Jung.

Alfred Adler (1870—1937). psihiatru și psiholog austriac, consideră ca secundar rolul sexualității, acordînd în schimb o importanță deosebită factorilor individuali și sociali, atît în geneza personalității cît și a bolilor psihice.

Carl Jung (1875—1961), psihiatru și psiholog elvețian, întemeietorul școlii de *Psihologie analitică*, ajunge la disidență psihanalitică datorită „ireductibilului dogmatism pansexualist" susținut de maestrul și prietenul său Freud :

> *A fost clar pentru mine că Freud, care făcea caz tot timpul și cu insistență de ireligiozitatea sa, își construise o dogmă, sau mai curînd, dumnezeului pe care îl pierduse îi substituise o altă imagine care i se impunea : aceia de sexualitate. Ea nu era mai puțin presantă, pretențioasă, imperioasă, amenințătoare și moralmente ambivalentă. Aceluia care este psihicește mai puternic, deci mai de temut, îi revin atributele de „divin" și de „demoniac" ; tot așa „libido sexual" îmbrăcase și juca, pentru el, rolul de* deus absconditus, *al unui dumnezeu ascuns* *.

Reliefînd dogmatismul monotonei interpretări pansexualiste a realității complexelor de pulsionare instinctuală ca substrat biologic al evoluției psihismului, subliniem totodată meritul deosebit al psihanaliștilor în cercetarea dinamicii și deturnării psihogenetice a proceselor ideo-afective, cît și a semnificației catarsisului autoanalitic ca element terapeutic.

Prin îndelungata și atenta analiză a proceselor psihice elementare și a dezvoltării lor, psihanaliștii au contribuit valoros la o mai bună cunoaștere în primul rînd a trăirilor ideo-afective obscure, cît și la îmbogățirea limbajului psihologic cu o serie de noțiuni, care pe parcurs și-au pierdut conținutul inițial pansexualist, ca de exemplu în cazul termenilor despre „psihogenie", „refulare", sau „libido". În aceeași ordine de idei este de subliniat în mod deosebit faptul că, plecînd de la cartea lui Freud despre *Totem și tabu* (1912), școala americană a dezvoltat în mod original teoria despre *Antropologia culturală* — respectiv relațiile individului cu mediul său socio-cultural : Malinowski, Margaret Mead, A. Manns, Ruth Benedict, Linton, Kardiner etc.

---

* C. C. Jung : ***Sigmund Freud*** (Apud Médecine de France, nr. 178, 1957).

Scanned with CamScanner

Corespunzător evoluției psihognoseologice, preocuparea fundamentală a psihiatriei contemporane nu o mai constituie, practic vorbind, disputa teoretică asupra genezei tulburărilor psihice, ci modalitățile determinist-științifice de studiu și acțiune privind preîntîmpinarea și tratarea lor.

Revenind asupra sensului etic al crochiului psihognoseologic enunțat, avem plăcuta datorie de a sublinia în plus că, deși nicăieri ca în domeniul psihiatriei nu s-au înfruntat rigori mai aspre din partea mentalităților retrograde, s-a ajuns totuși la deschiderea perspectivelor societății contemporane, eliberată de opreliștile ignoranței despre suferințele propriului nostru psihism.

Semnificația relațiilor epidemiologice în asistența psihiatrică contemporană

În prezent este pe deplin demonstrat că bolile psihice sînt provocate de cauze ereditare, congenitale sau cîștigate pe parcursul evoluției individului, remarcîndu-se, de asemenea, că factorii care acționează negativ asupra creierului preced apariția fenomenelor abnorme de conștiință și că influența lor este cu atît mai gravă cu cît aceștia acționează mai precoce asupra structurilor cerebrale în formare. În același timp, studiile epidemiologice demonstrează că bolile psihice exprimă o concentrare în focar a cauzelor de morbiditate generală și a factorilor sociali negativi, dinamica lor diferită în decursul timpului relevînd în consecință și criteriile care se impun în organizarea asistenței psihiatrice contemporane. Cu alte cuvinte, relația socio-epidemiologică ne relevă în plus că pe lîngă cauzele biogene sau psihogene în provocarea tulburărilor psihice, factorii economico-culturali se răsfrîng totodată în mod semnificativ asupra dinamicii acestora, caracterizînd astfel integrativ însuși nivelul de sănătate mintală în evoluția unei anumite societăți.

Factorul de risc. Unul din elementele importante care s-a delimitat în urma extinderii studiilor epidemiologice în practica medicinii contemporane, îl constituie precizarea noțiunii despre „factorul de risc".

Studiul factorului de risc a devenit prioritar în cadrul psihiatriei contemporane, constituind o condiție esențială pentru instituirea măsurilor eficiente de psihoprofilaxie și respectiv de apărare și promovare a sănătății mintale.

Datorită originii sociologice a metodologiei de investigare a factorului de risc, în condițiile segregării părților componente ale psihiatriei — și cu atît mai mult în condițiile nihilismului antipsi-

Scanned with CamScanner

hiatric — s-au produs incertitudini de interpretare, unii autori apreciind că termenul de „epidemiologie psihiatrică“ ar fi utilizat fără suficientă discriminare, ca sinonim al noțiunii de „psihiatrie socială, psihiatrie comunitară, sociologie psihiatrică, ecologia tulburărilor mintale“.

În această ordine de idei, din punct de vedere metodologic, apare ca revelatoare „scara unităților de schimbare a vieții cu influență asupra stării de sănătate“, elaborată de Holmes și Rahe, apreciindu-se că indicele cel mai mare de schimbare ar prezenta corelativ și riscul cel mai mare de îmbolnăvire în perspectivă. Astfel, autorii respectivi, realizează următorii indici de eșalonare a „factorului psihosociologic de risc pe scara unităților de schimbare a vieții“ :

— pierderea unui soț : 100 ; divorțul : 73, închisoarea : 53 ; accident boală : 53 ; graviditate : 40 ; schimbarea profesiei : 39 ; moartea unui prieten intim : 37 ; ceartă conjugală : 35 ; schimbarea răspunderilor profesionale : 29 ; dificultăți cu socrii : 29 ; schimbarea adresei : 20.

Experiența mondială de pînă acum demonstrează mari dificultăți în aprecierea riscului de eșec adaptativ prin demodulări psihogene reactive ale personalității. În cadrul acestor dificultăți se înscriu — desigur — și numeroasele disparități în studiul epidemiologic, dificultăți care nu sînt totuși de nedepășit atîta timp cît ele sînt elemente tehnice de lucru. Dificultatea principială decurge din faptul că oricum ar fi definită sănătatea mintală, totdeauna va fi nevoie să o raportăm dinamic la noțiunea de personalitate.

Or, studiul fenomenelor de risc adaptativ se referă la ansamblul proceselor similare și acomodarea la exigențele ambientale. Implicînd personalitatea în ansamblul său, studiul riscului și eșecului adaptativ, a succesului sau insuccesului, ca și trăirile ideo-afective pe care le determină, angajează din unghiuri diferite cele mai diverse domenii care se ocupă de studiul omului din punctul de vedere al trăsăturilor sale fundamentale biologice, psihologice și sociale. Abordarea multidisciplinară a acestei problematici aduce, în mod necesar, în raport de concepția fundamentală despre om și personalitate, nu numai puncte de vedere teoretic diferite, ci sînt puse în acțiune simultan și metodologii diferite. Ca atare, datele obținute comportă de multe ori dificultăți de interpretare, corelare și aplicare practică în domeniul studiilor ecologo-epidemiologice și psihoprofilactice necesare acțiunilor de sănătate mintală și de prevenire a eșecului adaptativ.

În consecință, cercetarea ecologo-epidemiologică psihiatrică a riscului de eșec adaptativ implică în mod necesar abordarea metodologică din punctul de vedere al dimensiunilor esențiale ale personalității.

Cultura românească beneficiază în acest sens de o temeinică orientare determinist-științifică despre personalitate, diferențiată lapidar de către M. Ralea și Tr. Herseni prin următoarea formulare :

Scanned with CamScanner

„...nici un studiu temeinic integral al omului nu este posibil decît dacă se ţine seama de toate aspectele realităţii umane, iar aceasta îmbină întotdeauna în chip unitar şi inseparabil bioticul, psihicul şi socialul, în diferite doze şi structuri, putîndu-se vorbi cel mult de o dominantă biologică, psihologică sau sociologică, de la caz la caz, în funcţie de realitatea studiată sau izolată metodologic şi considerată aşa exclusiv de cercetător, din punctul de vedere special al ştiinţei pe care o exercită. Nu este mai puţin adevărat că, deşi omul este o fiinţă bio-psiho-socială, cele trei aspecte fundamentale ale lui ni se înfăţişează uneori ca manifestări cu relativă independenţă unele faţă de altele..." *

Punctul de vedere doctrinar formulat de psihologia românească şi-a găsit o amplă dezvoltare în domeniul psihiatriei prin lucrările „Şcolii de la Socola", inclusiv în studiile ecologo-epidemiologice pe care le-a întreprins şi asupra cărora vom reveni concluziv în finalul acestui capitol.

Ecologo-epidemiologie şi previziune psihiatrică

În cadrul abordării ştiinţifice a eficienţei psihiatriei profilactice şi respectiv al acţiunilor calitativ diferite de apărare şi promovare a sănătăţii mintale, primul criteriu de estimare prospectivă îl constituie cunoaşterea dinamicii morbidităţii pe un interval de timp suficient desfăşurat, la o populaţie dată, în incidenţa evoluţiei sale socio-economice şi culturale, cunoaştere prin care să se prevadă concomitent dotările şi mijloacele tehnico-organizatorice de perspectivă necesare acţiunilor în teritoriu.

Referitor la epidemiologia bolilor psihice, dedusă la populaţia din Moldova pe ultimii 70 de ani prin intermediul primei internări în spitalul „Socola" (spital care pînă în decada VII-a a servit exclusiv populaţia respectivă), apar evidente următoarele aspecte asupra cărora am insistat — în mod necesar — în repetate rînduri :

— pînă la instaurarea puterii populare, în România s-au aflat în continuă şi masivă creştere psihozele predominant exogene determinate de condiţiile precare de viaţă ca psihozele sifilitice, psihozele de malnutriţie sau psihozele puerperale.

Datorită ameliorării continui a condiţiilor economico-culturale şi a dezvoltării asistenţei sanitare, în ultimul deceniu se remarcă — odată cu creşterea vigurozităţii populaţiei — atît dispariţia sau reducerea masivă a frecvenţei psihozelor exogene, cît şi o tendinţă de stabilizare în apariţia cazurilor noi de psihoze predominant en-

---

* M. Ralea, T. Herseni : *Introducere în psihologia socială*, Ed. şt. Bucureşti, 1966, p. 234.

Scanned with CamScanner

dogene ca psihozele hipertimice (afective) și discordante (schizofreniile).

În același timp, se produce — ca și în restul lumii — în raport cu dezvoltarea condițiilor socio-economice, o creștere evidentă a solicitărilor de asistență calificată pentru tulburări psihice de limită ca în cazul nevrozelor, alcoolofiliilor, dizarmoniilor personalității și, concomitent cu prelungirea mediei de viață, a psihosindroamelor vîrstei înaintate.

Modificarea dinamicii epidemiologiei psihiatrice, cu toate implicațiile curativo-profilactice pe care le angajează, comportă sumativ o complexitate de factori calitativi diferiți, ca de pildă : creșterea conștiinței de sănătate a populației și adresabilității la serviciile medicale pentru o diversitate de tulburări funcționale sau psihosomatice generate de situații poluante de natură biogenă sau psihogenă, cît și a exigențelor competitive instructiv-educative și socio-profesionale caracteristice epocii contemporane de industrializare și urbanizare accelerată.

În același timp, investigațiile complexe dovedesc, chiar și în situații aparent atît de „ușor" de formulat ca în cazul diagnosticului de nevroză, existența într-un număr crescut de cazuri a unor suferințe somatice ignorate, după cum în alte cazuri acuza subiectivă poate constitui expresia unui refugiu în boală, a unei iatrogenizări sau a unor dificultăți de adaptare prin lipsa unei orientări profesionale corespunzătoare.

Referindu-ne la asistența psihozelor cu evoluție îndelungată și a perspectivei acesteia în viitorul apropiat, relevăm o evoluție mai favorabilă atunci cînd bolnavii sînt orientați în scop terapeutic într-o activitate productivă pentru care primesc o remunerare echitabilă, concomitent cu medicația adecvată. În acest sens pledează rezultatele obținute la Spitalul Șipote din județul Iași, anume diferențiat ca unitate psihiatrică de ergoterapie remunerată, unde s-a dezvoltat în timp o puternică fermă agrozootehnică pe o suprafață de 200 ha, beneficiile economice corelîndu-se cu o evidentă ameliorare a evoluției bolnavilor.

În cazul bolnavilor psihici cu evoluție prelungită — care includ și un eventual potențial de periculozitate pe măsura în care boala lor este ignorată sau se află în situații de abandon medico-social — formula actuală cea mai potrivită apare a fi unitatea de asistență optimizată pentru fiecare județ în parte. Aceste unități optimizate presupun o spațializare armonioasă, sector agro-zootehnic și ateliere de ergoterapie.

În același scop recuperativ, secțiile de pedopsihiatrie atît pentru copiii acuți și cu atît mai mult pentru cei cu evoluție prelungită, presupun existența unor clase școlare pe cît posibil cu profil recuperator.

Scanned with CamScanner

Elemente de asistență extraspitalicească. Dacă în trecutul nu prea îndepărtat asistența psihiatrică se limita, în întreaga lume, doar la tratament spitalicesc și măsuri de supraveghere închisă, în condițiile actuale de progres se dezvoltă tot mai evident și asistența extraspitalicească cu diversele sale modalități organizatorice, ce cointeresează atît rețeaua medico-sanitară, cît și instituțiile care concură la dezvoltarea armonioasă a personalității. Problema asistenței extraspitalicești se pune cu atît mai mult, în întrega lume, deoarece bolnavul psihic necesită, adeseori, o readaptare și reinserare socială, care nu poate fi rezolvată numai prin asistență spitalicească, oricît de mult ar fi dezvoltată. În aceste condiții, se delimitează tot mai pregnant conținutul psihiatriei sociale cu interrelațiile sale complexe privind sănătatea mintală a întregii populații, inclusiv asanarea prejudecăților reziduale despre bolnavul psihic.

Asistența psihiatrică extraspitalicească — care formează o unitate funcțională cu spitalul sau secția de profil județean — presupune existența unui serviciu psihosocial (definit din punct de vedere administrativ sub denumirea de „Laborator de sănătate mintală)". Acesta necesită, în primul rînd, o spațializare diferențiată corespunzătoare prestațiilor ce-i revin, respectiv staționar de zi (și eventual de noapte) pentru adulți și copii, cu o schemă adecvată de încadrare cu personalul necesar realizării unei echipe complexe de lucru : psihiatri, psiho-sociologi, cadre medii specializate, defectologi, statistician, secretar stenodactilograf, mijloace pentru acțiunile în teren.

În aceste condiții, LSM nu se confundă cu cabinetul de psihiatrie din policlinică, ci îl integrează pe acesta prin intermediul spitalului sau secției coordonatoare de profil. LSM constituie, în același timp, locul de întîlnire a pacientului aflat în asistență ambulatorie activă și cu medicul său curant din secția unde a fost tratat, situațiile dificile de inserție socio-familială constituind subiect de analiză periodică al întregii echipe a serviciului psihosocial, (respectiv LSM).

Psihiatria socială — parte integrantă a procesului de apărare și promovare a sănătății mintale.

În scopul dezvoltării psihoprofilaxiei, atît pentru copii cît și pentru adulți, LSM comportă relații interdepartamentale de lucru. În acest scop, *Serviciul Psihosocial* realizat pentru prima oară în mod experimental la Iași, în anul 1969, a inclus, de la început, în actul său constitutiv, colaborarea cu organismele comunitare.

Metodologia, studiile și experiența realizată de către serviciul psihosocial din Iași au contribuit la edificarea planului pe termen lung privind asistența bolilor psihice și dezvoltarea apărării și promovării sănătății mintale elaborat de Ministerul sănătății și transmis pentru aplicare în teritoriul începînd din 1972 prin ordinul nr. 126/1972, nr. 74/1973 și nr. 86/1974, program reactualizat în cadrul șe-

Scanned with CamScanner

dinței de lucru a Consiliului Sanitar Superior din 18 și 19 noiembrie 1976.

De asemenea, Serviciul psihosocial a constituit o modalitate aplicativă pentru învățămîntul studenților de la Catedrele de Psihologie, Sociologie, Științe juridice, Institutul de medicină și Liceul sanitar din Iași ; formarea cadrelor medii pentru laboratoarele de sănătate mintală din țară, (cursuri de vară în 1972, 1973, 1974) ; generalizarea pe țară a ergoterapiei ca metodă psihoterapică de integrare a bolnavilor cu handicap psihic (conferința 1970, 1972 și 1976 — publicată în volum în 1977).

În vederea instituirii unor măsuri corespunzătoare de psihoprofilaxie și a elaborării unor criterii adecvate privind apărarea sănătății populației, la nivelul centrului Iași, s-a alcătuit o evidență psihiatrică din care se deduc următoarele concluzii de prognoză orientativă :

— frecvența suferințelor viscero-umorale concomitent sau anterioare formulării diagnosticului de nevroză, a fost de aproximativ 74%, ceea ce demonstrează insuficienta obiectivare a acuzelor subiective în suferințele psihosomatice, ca și inducția negativă pe care o exercită un asemenea diagnostic ;

— în cazul persoanelor cu situații de invalidare mintală permanentă însă cu păstrarea inserției familiale, orientarea lor în atelierele-protejate de ergoterapie remunerată, sub îndrumarea LSM și în colaborare eficientă cu întreprinderile antrenate în acțiunile respective, constituie modalități efective de acțiune recuperatorie prin reinserție socio-familială încă insuficient dezvoltate în întreaga lume ;

— pentru cunoașterea procesualității adaptative a adolescenților, Serviciul psihosocial din Iași a investigat comparativ, începînd din anul 1970, un număr de aproximativ 7.000 elevi în vîrstă de 14—16 ani, din școlile generale și liceele municipiului Iași (90 clase), cît și din 9 comune aferente județului Iași și din județul Vaslui. Concluziile acestui studiu s-au concretizat în volumul *Adolescență și adaptare* publicat, în anul 1974, sub egida „Centrului de studii și cercetări pentru problemele tineretului".

Un alt aspect al activității desfășurate se raportează la acțiunea de depistare activă a copilului preșcolar și școlar mic cu risc sau handicap în dezvoltarea neuro-psihică, în vederea găsirii celor mai potrivite criterii de recuperare psihopedagogică. Acțiunea a fost inițiată orientativ în 1975 și realizată pe un număr de 1.048 copii în vîrstă de 5—7 ani din grădinițele municipiului Iași. Pornind de la rezultatele obținute pe acest lot, metodologia de cercetare a fost apoi ameliorată și extinsă, începînd din anul 1976, la totalitatea copiilor incluși în grădinițele din municipiul și județul Iași, în scopul găsirii unor metode corespunzătoare de corectare a unor eventuale situații de risc adaptativ școlar prin intermediul unui psihodiagnostic calificat ;

Scanned with CamScanner

— realizîndu-se, în 1977, primul grup de corecție nutrițională, de odihnă și stimulare psihopedagogică recuperatorie la copiii școlari în vîrstă de 7—9 ani, provenind dintr-un cartier nou construit în Iași cu populație predominantă în prim stadiu de adaptare urbană, s-a obținut scăderea eșecului instructiv-educativ de la 73. la 9 copii.

Programul de acțiune preventivă sau recuperatorie a demodulărilor personalității și a eșecului de adaptare instructiv-educativă și socio-profesională a copilului și adolescentului, preconizat de Serviciul psihosocial, mai vizează următoarele acțiuni * :

— recuperarea precoce a copilului cu handicap neuromotor prin instituționalizarea diferențiată intra- și extra-spitalicească ;

— orientarea copiilor provenind din familii cu influență nocivă manifestă asupra dezvoltării personalității lor în școli cu internat sau semi-internat ;

— intensificarea acțiunilor de orientare profesională și de corijare educativă a familiilor hiperprotective față de munca productivă propriu-zisă ;

— intensificarea acțiunilor eficiente socio-economice și educative pentru înfrînarea consumului abuziv de băuturi alcoolice cît și cu referire la modul nerațional de folosire a timpului liber.

Igiena mintală face parte integrantă din acțiunile de ansamblu privind promovarea și apărarea sănătății populației. În acest scop, Institutul de igienă are un rol de prim ordin în elaborarea criteriilor metodologice de lucru pe întregul palier demografic și al igienei muncii.

Înțelegerea determinist-științifică a raportului dintre condițiile materiale și rolul activ al conștiinței în dezvoltarea socială, impune acțiuni politice și ideologice concertate cu progresele tehnicii și culturii actuale în procesualitatea modelator-formativă a microgrupului familial, școlar și profesional, atît pentru dezvoltarea armonioasă a personalității, cît și a evitării unor eventuale riscuri de eșec adaptativ. În această ordine de idei, este cunoscut că la nivelul microgrupului se realizează și se întregește statutul și rolul fiecărei persoane pe tot parcursul existenței sale, prin intermediul rolului efectuîndu-se liantul dintre elementul social și cel psihologic într-o sinteză unitară conștientă, normativă și axiologică, grupul stimulînd concomitent și structurarea subiectivă ideo-afectivă, calitativ diferită a fiecărui individ în parte în complexitatea sa.

Studiul fenomenelor de risc adaptativ în condițiile unor situații conflictuale pe linie de rol, ce se pot traduce eventual prin tendințe sau comportamente deviante, nu țin, desigur, predominant de do-

---

* Sănătatea mintală a copilului și adolescentului a constituit tematica simpozionului medico-psiho-pedagogic organizat la Iași în zilele de 25 și 26 noiembrie 1977.

Scanned with CamScanner

meniul morbidității psihice, dar se includ ca aspect de prim ordin în problematica sănătății mintale. În majoritatea lor, aceste fenomene apar, de predilecție, atunci cînd se ignorează calitatea relațiilor interpersonale. Rezolvarea situațiilor de risc adaptativ este condiționată, în primul rînd, de acțiuni corespunzătoare socio-pedagogice, de orientare profesională și măsuri ergonomice adecvate pentru fiecare caz în parte. Asemenea acțiuni devin efectorii, de regulă, prin intermediul microgrupului în acțiune, sector în care există ample posibilități de lucru încă insuficient fructificate pe plan mondial — incusiv în situațiile de handicap mintal.

În această ordine de idei, datele Serviciului psihosocial din Iași relevă că în situația relațiilor de microgrup productiv, 72% din totalul angajaților tineri au reținut influența favorabilă pe care o exercită întrajutorarea și colaborarea în muncă. Sublinierea apare cu atît mai semnificativă, dacă se ia în considerare și faptul că majoritatea tinerilor investigați provin din mediul rural, circumstanță dinamică importantă în studiul comparativ al problemelor de adaptare cu toate implicațiile sale.

Datele enunțate atrag atenția, în același timp, asupra necesității cunoașterii relațiilor de microgrup în orientarea și formularea principiilor active de organizare a producției, în rapid și continuu proces de revoluționare tehnico-științifică, cît și asupra cunoașterii variabilelor ce intervin în determinarea unor eventuale conduite dezadaptative. S-a evidențiat, de asemenea, faptul că deși interrelațiile de producție influențează considerabil calitatea climatului de microgrup, particularitățile individuale își mențin în același timp rolul lor diferențial pentru fiecare caz de eșec, în aceleași condiții de muncă, habitat, vîrstă, sex și nivel cultural. De exemplu, în funcție de particularitățile personalității tinerilor angajați — care, deși își îndeplinesc în mod corespunzător sarcinile de producție — pe planul trăirilor subiective ei relevă totuși, în mod firesc, relații ideo-afective și volitive diferit particularizate față de riscul eșecului adaptiv, îndeosebi în primii ani de activitate angajată.

Ceea ce ne apare important de reținut, constă în faptul că situațiile subiective conflictuale din microgrup au o pondere stastistică semnificativă comparativ cu solicitările fizice caracteristice mediului industrial, atît în precocizarea apariției fenomenelor de oboseală, cît și în constituirea unor labilități reflex-condiționate ale tonusului emoțional exprimat prin eretism vegetativ, cu precădere la tineretul feminin.

Astfel s-a evidențiat — de predilecție în cazul sexului feminin — un coeficient ridicat de saturare a anxietății apreciat prin intermediul probei P. F. Cattell, dominînd prioritar în limitele bandei de oscilații psihofiziologice adaptative. În ceea ce privește raportul dintre vîrstă și anxietatea manifestă (nivel 4 de anxietate), incidența maximă s-a plasat la grupa de vîrstă 20—25 ani, particularitate

Scanned with CamScanner

ce ține îndeosebi de tensiunea motivațională din perioada adaptativă caracteristică vîrstei respective.

*

Situațiile enunțate au ca scop relevarea atît a posibilităților de perfecționare a interrelațiilor din microgrupurile în acțiune productivă, cît și a stabilirii unor criterii de profilaxie primară mai eficientă a eventualului risc de eșec adaptativ, prin însuși intermediul populației devenită conștientă de rolul său modelator.

În concluzie, acțiunile de recuperare și promovare a sănătății mintale presupun o reunire a eforturilor unei echipe complexe formată în cadrul Serviciului psihosocial (LSM) din psihiatri, psihosociologi, pedagogi, defectologi și cadre medii calificate, concertată cu a tuturor persoanelor, instituțiilor și organismelor comunitare care au menirea de a contribui la dezvoltarea armonioasă a ființei umane și de a o feri, pe cît posibil, de influențele nocive.

Repetînd, prin ansamblul de măsuri politice, organizatorice, instructiv-educative și medico-sociale care confluează în conținutul preocupărilor psihiatriei sociale, se urmărește organizarea apărării sănătății mintale a populației corespunzător programului de acțiune pe termen lung a Ministerului Sănătății, reactualizat de Consiliul Sanitar Superior în noiembrie 1976 și noua lege sanitară din 10 iulie 1978.

Apărarea sănătății mintale nu se poate realiza, totuși, în afara cunoașterii problemelor fundamentale ale psihiatriei de către însuși marele public sub îndrumarea organismelor competente, situație care a determinat și republicarea Itinerarului psihiatric.

Scanned with CamScanner

Semnificația diagnosticului psihiatric

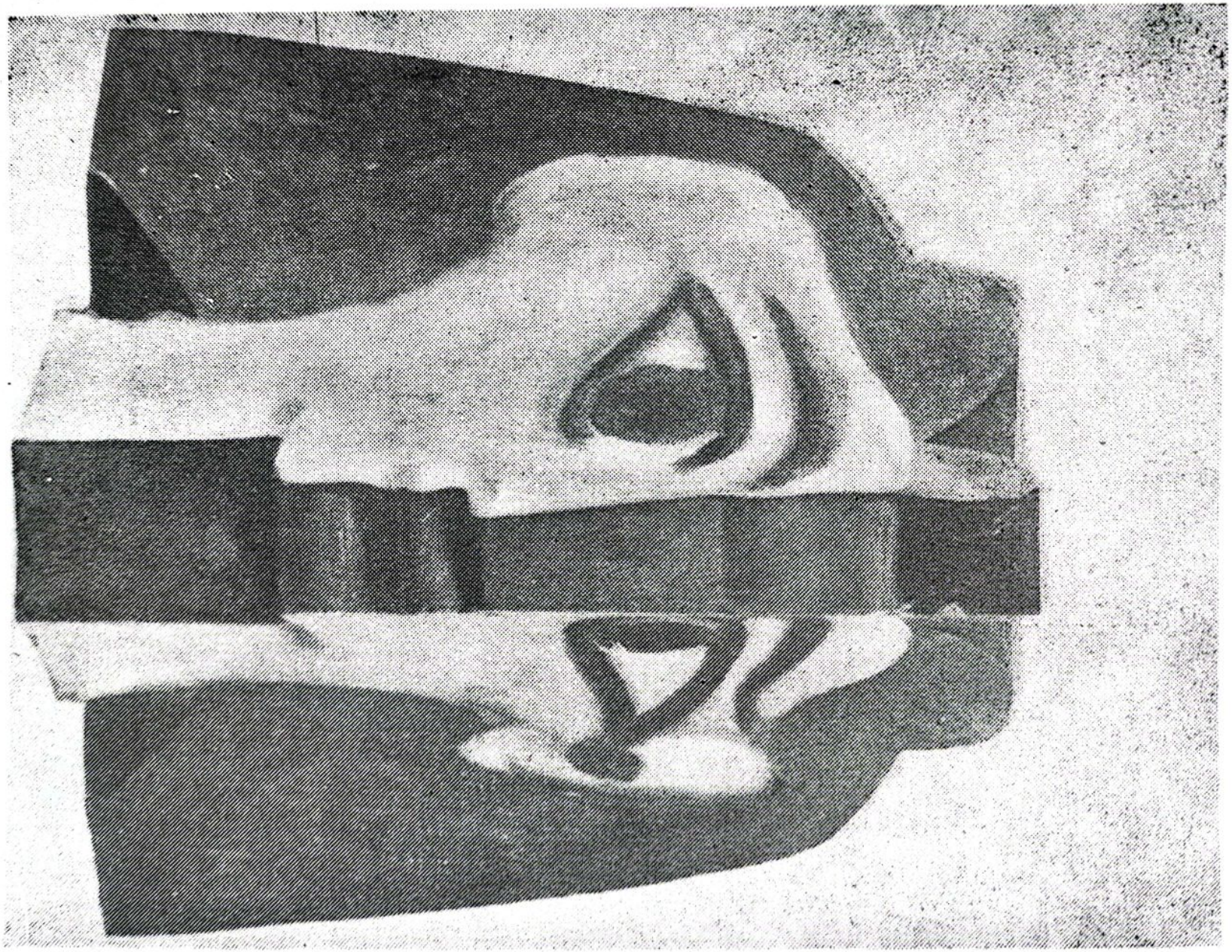
gîndul meu nu este aici de a-i învăța pe alții ce metodă trebuie să urmeze fiecare pentru a-și conduce bine rațiunea, ci numai de a arăta în ce fel m-am străduit să o conduc pe a mea.

René Descartes : *Discours de la méthode*

Scanned with CamScanner

Pablo Picasso : „Cap de femeie“, 1962

Scanned with CamScanner



ARU · NECULAI

Scanned with CamScanner

Despre psihodiagnostic și opinia publică

Psihodiagnosticul * *expresiei constituie modalitatea cea mai generală (obiectivă sau subiectivă, competentă sau incompetentă) de a intui și clasifica o anumită perturbare mintală prin intermediul unor particularități de atitudine sau conduită.*

Într-adevăr, unele particularități expresive (mimică, gestualitate, ținută, limbaj), permit, în primul rînd psihiatrului cu experiență clinică, elaborarea unui diagnostic intuitiv cu semnificație orientativă, după cum anumite simptome somatice îl pot orienta pe internist sau chirurg în descifrarea unei suferințe ascunse de organ. În condițiile cunoașterii actuale nici o disciplină medicală nu se oprește numai la interpretarea solitară a unui simptom în vederea elaborării diagnosticului cauzal, după cum nu este mai puțin adevărat că ignorarea semnelor clinice poate să ducă pe un drum greșit, indiferent de complexitatea examenelor de laborator efectuate.

Latura interesantă a discuției cu referire la psihodiagnosticul expresiei nu constă totuși atît de mult în modul cum este el folosit în psihiatrie, ci în semnificațiile particulare pe care le relevă în cadrul altor discipline medicale și, în mod cu totul deosebit, atunci cînd devine un subiect de referință pentru opinia publică.

Discuția necesită a fi purtată în acest sens, deoarece, concomitent cu dezvoltarea conștiinței de sănătate mintală, se remarcă și o tendință de *psihiatrizare* a celor mai variate atitudini individuale, relații interpersonale sau de grup. În aceste condiții se delimitează tot mai evident atît conținutul social al psihiatriei, credințele despre boală sau bolnavul psihic, cît și rolul de îndrumător și arbitru ce îi revine medicului psihiatru contemporan în confruntarea sa cu opinia publică.

Prima categorie de contradicții decurge din opoziția psihiatrului față de reminiscențele mentalității despre „inutilitatea" și sensul

---

* „Psihodiagnostic (Dupré). Analiza simptomelor pur psihice ale unei boli mintale în vederea stabilirii diagnosticului" : P. Sivadon. (H. Piéron : *Vocabulaire de la psychologie*. Ed. P. U. F., Paris, 1963).

Scanned with CamScanner

„periculozității" bolnavului mintal. Remanența acestei mentalități este încă atît de persistentă, încît nu mai constituie o surpriză nedumerirea acelor persoane care, după ce vizitează un spital de psihiatrie, pun întrebarea „unde sînt bolnavii furioși ținuți în cămașă de forță", după cum mai persistă și ideea că însuși psihiatrul ar fi „contaminat" de bolnavii pe care îi îngrijește.

Asemenea reflexii îl fortifică totdeauna pe medicul psihiatru, ducîndu-l cu gîndul la eliberarea bolnavilor mintali din lanțuri, la rezultatele extraordinare obținute prin atitudinea blîndă în sistemul ușilor deschise, asociată cu o terapie medicamentoasă adecvată, atît de eficientă în prezent.

Referitor la sensul periculozității bolnavilor mintali, redăm explicativ situația unui tînăr afectat de schizofrenie care, pentru reacțiile sale antisociale, a fost internat într-un spital cu profil protejat. Manifestînd o vie reacție de intoleranță față de măsurile claustrative, care au culminat cu tentative hetero- și auto-omucidare, este transferat la spitalul clinic de psihiatrie. După o discuție adecvată situației, în cursul căreia s-a explicat și autenticitatea abaterilor sale de la normativitatea socială, i se acordă libertatea de a lucra preferențial în cadrul spitalului, cu o îmbrăcăminte obișnuită. Încrederea oferită și posibilitatea de a lucra aparent nesupravegheat a transformat comportamentul periculos al respectivului bolnav în atitudinea unui handicapat moral care aspiră la reabilitare și reinserție socială.

Importanța pe care o conferă factorul subiectiv interpretării suferinței psihice (care, după cum s-a mai spus deja, se întinde pe un evantai procesual deosebit de larg și totodată polietiologic), se deduce și din faptul că uneori chiar și unii studenți sînt tentați de a considera că bolnavul pe care îl examinează este în mod obligator „inconștient", deoarece se află într-un spital de psihiatrie după cum în alte situații pierd din vedere că suferințele viscero-umorale pot induce o perturbare psihică. Astfel, de pildă, un student expune o documentată observație din care rezultă că bolnavul examinat ar fi afectat de o gravă deteriorare mintală.

Reluînd împreună examinarea bolnavului respectiv, pe măsură ce discuția avansa, studentul devenea tot mai intrigat spre a culmina cu exclamația :

— dar mie mi-a răspuns cu totul altfel !

Exclamație la care bolnavul a intervenit prompt cu următoarea precizare, aparent surprinzătoare :

— pardon, eu am răspuns cum ați întrebat dumneavoastră !

A doua categorie de contradicții apare în raporturile dintre medicul psihiatru și suferinzii psihogenetici la limită cu normalitatea, care, la rîndul lor, se subîmpart în nevrotici egofobi și dizarmonici egofili.

Nevroticul egofob consideră că este afectat de o boală ascunsă ce-i subminează sănătatea fizică sau mintală, intrînd astfel într-o

Scanned with CamScanner

reacție autoprotectivă care poate ajunge pînă la invalidare pe plan social. În această variantă egofobă neintențională, nevroticul contemporan nu este totuși dispus să creadă în asemenea măsură în cuvîntul medicului, încît să se vindece miraculos. „El“ solicită — în primul rînd — instrumentări analitice cît mai complexe și mai tehnicizate, spre a i se descoperi presupusa boală pe care o consideră ca fiind de natură lezională, deși de fapt afectează cu precădere conștiința sa.

În opoziție cu nevroticul egofob, *dizarmonicul egofil* se „refugiază“ în boală în scopul de a obține un beneficiu sau o satisfacție oarecare, situație ce nu exclude totuși posibilitatea fixării unei condiționări morbide inconștientizate.

A treia categorie de contradicții decurge din opoziția bolnavilor afectați de psihoze care se consideră sănătoși, și în consecință nu acceptă semnificația unui tratament psihiatric.

*

Dată fiind complexitatea contradicțiilor pe care trebuie să le înfrunte și să le confrunte totodată psihiatrul contemporan, apare ca necesară, și nicidecum peiorativă, dezvăluirea principalelor aspecte clinice psihiatrice, chiar și în situația lor neconfortabilă, în scopul de a mobiliza opinia publică în favoarea bolnavului mintal neînțeles.

Într-adevăr, comportamentul bolnavilor psihici ne afectează diferit din primul moment, prin modalitatea subiectivă de inducție ideo-afectivă realizîndu-se înseși premisele intuitive ale psihodiagnosticului expresiei :

— *nevroticii* impresionează prin perseverența și acuitatea trăirilor egofobe ;

— *dizarmonicii psihopați* — prin intenționalitatea acțiunilor maligne și insensibilitatea lor morală ;

— *epilepticii* — prin expresivitate angelică, în contrast cu reactivitatea lor explozivă și vîscozitate ideatorie ;

— *oligofrenii*, prin inocenta lor sugestibilitate ;

— *maniacii*, prin tumultul psihomotor nepotolit și euforie contaminativă ;

— *melancolicii*, prin durere morală autoacuzatoare ;

— *schizofrenii*, prin înstrăinare și demodulare ideo-afectivă ;

— *deliranții*, prin bogăția și fervoarea argumentării paralogice ;

— *demenții*, prin pierderea funcțiilor de cunoaștere și sărăcirea conținutului trăirilor afective etc.

Acordînd atenția cuvenită psihologiei interpersonale și în consecință psihoterapiei, subliniem totodată efectul binefăcător pe care îl resimt bolnavii manifestîndu-se în cadrul unui grup receptiv.

Scanned with CamScanner

În condițiile unui grup psihoterapic organizat — respectiv și cu ocazia unor expuneri didactice — relația bolnav-grup social acționează ca un factor catartic în ce privește tensiunea emoțională, realizînd o evidentă inducție pozitivă asupra contactelor ideo-afective blocate în situația altor relații interpersonale.

Un bolnav în plină agitație maniacală se dezlănțuie în prezența grupului prin cîntec, dans și aluzii caustice la adresa auditoriului, reușind apoi să-și frîneze excitația psihomotorie în avantajul satisfacției pe care o resimte datorită acceptării sale de către grupul psihoterapic, animat de o evidentă bunăvoință.

Un intelectual afectat de schizofrenie paranoidă, închis în el însuși și nemulțumit de reținerea în spital, acceptă în silă dialogul cu grupul socioterapic, afirmînd că el este sănătos. Solicitat să explice de ce este internat în spital, dacă este sănătos, răspunde cu o corosivă butadă :

— „Voi aceștia care vă considerați normali, ne țineți în spital pe noi schizofrenii ; în momentul însă cînd noi vom fi majoritatea, vă vom ține în spitale pe voi, care vă considerați sănătoși“ !

Reacția grupului de generoasă ilaritate contaminativă declanșată de ascuțișul răspunsului neprevăzut îl captează și pe straniul persecutat-persecutor, favorizînd astfel contactul ideo-afectiv, transpus pentru prima oară în posibilitatea unui dialog.

Un parafrenic își expune cu satisfacție fantasticul său delir de grandoare, dînd impresia unei profunde dezorganizări mintale.

Urmează un paranoic care dezvoltă în stil academic o teorie paralogic sistematizată, a cărei prioritate și-o consideră periclitată de spionajul științific.

În timpul pretențioasei expuneri axiomatice, este interpelat de primul vorbitor care, într-o manieră surprinzător de coerentă față de manifestarea sa anterioară, sugerează că ceva nu este în ordine în judecata prezumtivului savant.

Interpelatul, profund jignit, ripostează aspru că El a cerut să vorbească medicilor și studenților dat fiind importanța consemnării priorității cercetării sale, însă nu de față cu bolnavii mintali. După acest impact emoțional, provocat în ambianța grupului, devine apoi reținut, disimulîndu-și delirul pînă în măsura de a crea ulterior posibilitatea externării din spital.

Prin ilustrările date, am dori să subliniem semnificația relațiilor ideo-afective stabilite prin intermediul grupului, dacă se pleacă de la o prealabilă înțelegere a cauzelor și manifestărilor bolilor mintale, cît și a scopului binefăcător, urmărit în mod explicit prin relevarea acestora.

Plecînd de la premisele expuse, apare limpede că bolnavul mintal nu poate fi considerat „obiect“ de experiment sau „subiect“ pentru divertisment, psihiatria constituind nu numai o disciplină

Scanned with CamScanner

medicală ci, în același timp, și o modalitate de a sensibiliza sentimentul demnității umane și comprehensiunea față de cei aflați în suferință.

Referitor la statutul bolnavului mintal, ar mai fi de adăugat că o societate capabilă să descifreze și să remedieze conținutul propriilor sale aspecte morbide are avantajul de a-și organiza mai corespunzător și formele de asistență psihiatrică, care presupune în primul rînd readaptarea socială.

Or, după cum s-a spus deja, considerăm că promovarea sănătății mintale — care prin particularitățile sale protectiv-adaptative nu poate fi confundată cu patologia — necesită totuși cunoașterea problematicii psihiatriei contemporane. În acest scop, structura părților ce urmează se configurează în logica lor interioară prin intermediul conceptului bio-psiho-social care, prin monismul său dialectic, dinamic și totodată unitar, exclude în același timp atît exagerările biologizante sau psihologizante, cît și acel punct de vedere existențial după care bolile psihice ar reprezenta doar „modalitatea de reacție la contradicțiile dintre individ și mediu".

Scanned with CamScanner

Enunțul elementelor de observație psihiatrică

Datele ce urmează se adresează în primul rînd medicilor și psihologilor, păstrîndu-și, totuși, utilitatea și pentru înțelegerea generală a părților de patologie psihiatrică ce le va străbate *Itinerarul* în continuare. Credem, totodată, că nu mai este necesar să explicăm caracterul unitar al părților delimitate didactic în interpretarea persoanei analizate, necesitate subliniată în final prin obligativitatea *portretizării tulburărilor constatate la examenul clinic și de laborator.*

Antecedente eredo-familiale. Se consemnează eventualele tulburări neurologice, endocrinologice sau psihice la rudele apropiate și bolile părinților care lezează celulele germinative în timpul procreației — intoxicații și infecții.

Antecedente personale. Se notează eventualele suferințe ale mamei în timpul gravidității, accidentele natale, dezvoltarea somatică și psihică în prima copilărie. Modul de însușire a instruirii școlare și profesionale.

Momentul apariției menstrelor și caracteristicile lor ; numărul și caracterul nașterilor, durata alăptării și eventualele tulburări determinate de puerperalitate.

Boli infecto-contagioase, toxice, carențiale sau endocrine ; traume fizice sau afective cu semnificație deosebită — momentul cronologic și împrejurările producerii lor. Obișnuințe toxicomanice.

Modul de dezvoltare a personalității pe plan social, consecvența și capacitatea de muncă, particularități temperamentale și caracteriale obținute atît de la bolnav, cît și prin relatarea celor apropiați, sau, eventual, prin ancheta socială.

Istoricul îmbolnăvirii psihice. Se consemnează momentul cronologic al apariției tulburărilor psihice și condițiile incriminate : suprasolicitări, deficite fiziologice, factori toxici, infecțioși și traumatici ; contrarietăți sau tensiuni emoționale etc.

Caracteristicile tulburărilor acuzate și evoluția lor pînă în momentul internării.

În cazul internărilor repetate se va consemna capacitatea de integrare socială între perioadele de spitalizare și eventualele tratamente urmate.

Scanned with CamScanner

În cazul unor boli cu etiopatogenie diferită, ca de exemplu în cazul bolii epileptice, se va consemna cauza presupusă ca determinantă și factorii agravanți incriminați — traumatisme, intoxicații, emoții.

Caracteristicile crizelor — absențe, echivalențe, crize mari, convulsive, asociate. Orarul crizelor — diurn, nocturn, neregulat și frecvența crizelor.

În cazul narcomaniilor se va consemna motivarea cauzei determinante, toxicul preferat, toleranța și caracteristicile beției, dependența față de drog, doza și frecvența administrării ; dacă a mai fost tratat — ambulator sau spitalizat — metoda folosită și rezultatele obținute.

Examenul clinic

Starea generală. Talia, greutatea.

Constituția somatică : leptosomă, atletică, picnică, intermediară și eventualele dismorfisme. Endocrinopatii sau deficiențe senzoriale — surdo-mutitate, tulburări vizuale. Troficitatea — nutriția generală : caşexie, obezitate, edeme ; starea tegumentelor, mucoaselor, fanerelor și dentiției. Vasomotricitatea ; miotroficitatea.

Semne de violență : caracterul, inventarul și justificarea lor, inclusiv a unor eventuale urme de înțepături de seringă.

Tulburări viscerale obiectivate la examenul clinic și de laborator : examenul fundului de ochi, radiografia craniană, angio-pneumo- și electro-encefalografia ; probe vestibulare ; alte examene instrumentale.

Examenul lichidului cefalo-rahidian :

— *nu se extrage* în suspiciune de tumoră cerebrală decît sub supraveghere neurochirurgicală ;

— *este obligator* în suspiciunea proceselor inflamatorii acute sau cronice nevraxiale.

Examene umorale, hematologice și metabolice — în raport cu situația clinică a bolnavului și problematica diagnosticului diferențial.

În cazul psihozelor acute este obligatorie cercetarea imediată a ionogramei, rezervei alcaline și uremiei.

Analiza tulburărilor neurologice

Motricitate

1. *Limbajul vorbit.* Pronunția : disartrică, monotonă, tahi — sau bradi-lalică, bîlbîită, explozivă — rîs și plîns spasmodic ; intensitate sau tonalitate neobișnuită.

Stări afazice : dacă înțelege ce i se spune și poate exprima ceea ce gîndește ; surdo-muții și psihogeneticii se fac înțeleși prin

Scanned with CamScanner

mimaj sau scris ; afazicii au pierdută sau alterată capacitatea reprezentărilor grafice.

Scrisul — tulburări grafice.

2. *Tulburări stato-dinamice :* dismetrii, adiadocokinezii, titubații, ataxii, astazo-abazia, hipo — sau akinezia ; hiperkinezii — tremurături, contracții fibrilare sau fasciculare, nistagmus, kinezii paradoxale ; mioclonii, convulsii, mișcări coreice, atetozice ; atonii, hipertonii, contracturi, rigiditate ; pareze sau paralizii.

3. *Reflectivitate osteo-tendinoasă :* intensitatea și simetria reflexelor ; exagerate, pendulare, clonoide, scăzute sau absente.

4. *Reflectivitatea cutanată :* scăderea pînă la dispariție a reflexelor cutanate abdominale și cremasteriene și inversarea reflexului plantar — extensia și abducția degetelor în evantai ; apariția reflexului palmomentonier.

5. *Reflectivitatea vegetativă :* conturul și simetria pupilară, simetria și intensitatea reflexului foto-motor. Vasomotricitatea — acrocianoza și dermografismul ; transpirația segmentară, seboreea și sialoreea.

Controlul automatic sfincterian.

6. *Reflectivitatea neuro-musculară :* semnul Chwostek, Weiss, Trousseau, electromiografia.

Sensibilitate

1. *Sensibilitatea subiectivă :* parestezii, algii, cauzalgii.

2. *Sensibilitatea obiectivă superficială :* tactilă, termică, dureroasă — hipoestezii, anestezii, hiperpatii, disociație termo-algezică.

3. *Sensibilitatea profundă :* mioartrokinetică, vibratoare și dureroasă la presiune a maselor musculare și a punctelor de emergență a nervilor.

4. *Sensibilitatea senzorială :* vizuală, auditivă, olfactivă, gustativă ; acuitate, discriminare, localizare.

5. *Tulburări de schemă* corporală, prin leziuni cerebrale de focar.

Analiza tulburărilor psihice

Privește, ascultă și apoi întreabă. Poartă discuția în mod natural și decent, cu răbdare și atenție, la nivelul cunoștințelor persoanei examinate. Evită de a angaja bolnavul pe o anumită pistă sugerată prin întrebări sau atitudini ; nu-l contraria, caută să-i obții încrederea acordîndu-i interes și compasiune.

Cînd bolnavul nu comunică : convinge-te dacă este un caz neurologic (afazie, surdo-mutitate etc.) ; psihogenetic (răspunde prin mimaj sau în scris, teatralism) ; psihotic (confuzie, negativism, demență), și descrie cît mai amănunțit posibil atitudinea bolnavului întregită cu relatările anturajului.

Scanned with CamScanner

Cînd bolnavul răspunde numai la întrebări. Repetă întrebările, nu le aglomera, dă-le o succesiune logică, condusă după atitudinea bolnavului şi coloratura ideo-afectivă a răspunsurilor care va constitui firul roşu al investigaţiei : atitudine stranie, bizară, discordantă, cu răspunsuri în silă şi afectivitate abolită sau pervertită în schizofrenie ; atitudine dispreţuitoare sau suspicioasă cu răspunsuri adverse — «ce nu ştii, toată lumea cunoaşte, sînt persecutat, duşmanii mă chinuie etc.», în cazul bolnavilor deliranţi. Răspunsuri autoacuzatoare în melancolii ; obscure şi greşite în cazul bolnavilor cu confuzie mintală sau demenţiaţi ; puerile în oligofrenii etc).

Cînd bolnavul vorbeşte spontan şi îndeosebi cînd dezvoltă o tematică delirantă nu-l întrerupe, ajută-l prin întrebări adecvate să-şi clarifice tematica expusă : cine îl persecută, de cît timp, în ce mod ?

Ilustrează observaţia prin răspunsurile caracteristice ale bolnavului, redactate sub formă de dialog şi eventual completeaz-o cu elemente scriptice caracteristice.

Finalizează observaţia după următoarea schemă :

— I. descrierea atitudinii bolnavului (comportamentul) ;
— II. descrierea proceselor afective ;
— III. descrierea proceselor de cunoaştere ;
— IV. descrierea personalităţii morbide ;
— V. portretizarea sintetică a elementelor morbide clinice şi de laborator pe baza cărora se elaborează diagnosticul diferenţial şi indicaţiile terapeutice.

I. Atitudinea — comportamentul *

Concordanţa reactivităţii bolnavului cu realitatea (dispoziţie, mimică, ţinută vestimentară, modul de a intra în relaţie cu cei din juru-i ; acuzele, preocupările şi conducţia în mediu), *permite o primă orientare nosologică, ca diagnostic de aspect*, care se completează cu datele anamnestice, relatările anturajului şi aprofundarea studiului funcţiilor psihice : afectivitate, cunoaştere şi personalitate.

Tulburările psihice la limita normalităţii (aberratio mentis) — cu păstrarea discernămîntului asupra propriei persoane şi a interrelaţiilor sociale :

— afişarea dramatică a unor suferinţe imaginare neurologice, viscerale sau mintale ca expresie a refugiului în boală, *în stările de conversiune psihogenetică ;*

---

* Se coroborează cu descrierea sindromatică a tulburărilor mintale din clasificaţia ce urmează şi aprofundarea fiecărui capitol în parte.

Scanned with CamScanner

— preocupare egofobă în legătură cu starea de sănătate fizică sau mintală, *în nevroze ;*

— dificultăți variabile de adaptare la exigențele etice și sociale datorită perturbărilor de conduită *în dizarmoniile egofile ale personalității* (care pot să ajungă pînă la malignitatea comportamentului aberant în *psihopatia vera) ;*

— dificultăți de adaptare armonioasă la complexitatea vieții prin insuficiența capacității de abstractizare și previziune a fenomenelor și a labilității emoționale, *în hipofrenie și debilitate mintală ușoară (oligofrenie gr. I) ;*

Tulburări psihice majore (alienatio mentis) cu deteriorarea discernămîntului asupra propriei persoane și a interrelațiilor sociale :

— oligofreniile severe gr. II și III (imbecilitate și idioție) cu expresivitate deficitară caracteristică și autoconducție deficitară sau inexistentă ;

— deplasarea conduitei spre polaritatea euforică cu expansivitate psihomotorie în stările maniacale, spre polaritatea anxioasă stupuroasă sau agitată în stările melancolice sau comportament maniaco-depresiv, în *psihozele hipertimice (afective) ;*

— Comportamentul bizar, neglijent, apragmatic, halucinator sau delirant și funcții de cunoaștere disociate în contextul logic al gîndirii concomitent cu deteriorarea instinctiv-emoțională, *în psihozele hipotimice discordante (schizofrenii) ;*

— comportament alături cu normalitatea prin dezvoltarea unor tematici delirante contrastînd cu o autoconducție satisfăcătoare, *în psihoze paralogice sistematizate ;*

— comportament oniro-confuziv acut cu elemente anxioase de intensitate, durată și gravitate variabilă, provocat prin factori psihogeni șocanți sau prin diverse cauze biogene, *în psihoze endo-exogene ;*

— comportament depresiv cu perturbarea funcțiilor de cunoaștere sau cu elemente interpretative sau halucinatorii de prejudiciu, *în psihozele de involuție ;*

— comportament pueril și pierderea autoconducției elementare prin deteriorarea profundă și ireversibilă a funcțiilor de cunoaștere, în *demențe ;*

— crize periodice de pierdere a cunoștinței de scurtă durată, cu sau fără cădere și convulsii și eventual o amplă variabilitate de tulburări psihice interparoxistice, *în epilepsie.*

II. Funcții afective

Noțiunea psihologică despre afectivitate — care se coroborează nemijlocit cu ideația și acțiunea — se referă la totalitatea *modalităților trăirilor subiective a însușirilor lumii reale față de nevoile și motivele activității individuale și concordanța lor socială.*

Scanned with CamScanner

Dispoziția. Tonalitatea afectivă difuză determinată de fluxul stimulărilor extero-proprio- și intero-ceptive subliminare nivelului de integrare corticală conștientă.

Dispoziție plăcută în psihozele hipertimice euforice, în stările de extaz mistic al epilepticilor, în stadiul productiv al psihozelor delirante sistematizate, în cursul euforiei toxicomanice, în unele cazuri de oligofrenie, psihoze sau demențe.

Dispoziție neplăcută în nevroze, tulburări ale personalității, polarizări narcofilice, în hipertimiile anxioase, în stările halucinatorii cu tematică persecutorie.

Instinctele. Reflexe înăscute — necondiționate — complexe, cu determinism biologic bine precizat : orientare, alimentare, apărare, reproducere — sexual și matern — sociabilitate ; în condiții normale instinctele sînt riguros controlate prin discriminare conștientă.

În cursul bolilor psihice, instinctele pot fi dezinhibate în stările excitatorii, înhibate în stările depresive, denaturate, pervertite sau abolite în schizofrenii, psihopatii, psihoze delirante și demențe.

Somnul. Poate prezenta grave perturbări în bolile psihice, de la stări moderate de insomnie (nevroze) pînă la agripnie în psihozele acute, sau stări de hipersomnie (în sechele encefalitice). Visele — caracter zoopsic sau înspăimîntător — în alcoolism și drogodependențe sau divinatorii în stările delirante.

Starea emoțională. Modalitățile trăirilor subiective primare a percepțiilor și reprezentărilor lumii reale care dau coloratură specifică proceselor de cunoștință și activității, cu reflectare directă asupra tonusului vegetativ.

Stări de hiperemotivitate la nevrotici și bolnavi cu psihoze afective ; stări de pervertire emoțională sau hipotimie la psihopați, schizofreni, psihozele prin epuizare corticală și demențe.

Afectele. Stări emoționale explozive prin depășirea fondului optim de excitare corticală care determină strîmtorarea conștiinței pînă la întunecare sau abolire și se însoțesc de mari tulburări vegetative cu o expresivitate instinctuală dezinhibată : frică pînă la orbire mintală și raptus autolitic în melancolia anxioasă ; bucurie pînă la agitație psihomotorie în stările maniacale ; ură pînă la distructivitate în stările epileptice, psihozele toxice și în reacțiile paranoide halucinatorii.

Sentimentele. Cupluri ideo-afective durabile, caracteristice celui de al doilea sistem de semnalizare, definind personalitatea umană în proiectarea sa social-istorică prin conținutul lor etic, intelectual și estetic : sentimente față de propria persoană, față de familie, față de societate.

În bolile psihice sentimentele sînt obligatoriu perturbate sau absente : sentimentul de inferioritate și nesatisfacție la nevrotici ;

Scanned with CamScanner

egofilia psihopaților ; gelozia și tirania alcoolicilor ; înstrăinarea schizofrenilor ; autoaprecierea ambițioasă a deliranților etc.

Pasiunile. Dominanța excesivă a unor sentimente (pozitive sau negative) care blochează conștiința timp îndelungat.

În psihiatrie apar în prim plan pasiunile stagnante ale paranoicilor pe care se structurează tematicile delirante : ambițioase, social-politice, mistico-cosmogonice, erotice, de posesiune, de invenție etc. ; dependențele toxicomanilor ; deteriorările și perversiunile erotice ale psihopaților : homosexualitate (uranism-safism) transvestism, pedofilie, necrofilie, fetișism, masochism, exhibiționism etc (vezi cap. clasificație).

Teste psihologice utilizabile pentru aprofundarea studiului funcțiilor afective :

— test asociativ verbal, forma dezvoltată ; test asociere simplă ; test afectivo-diagnostic ; testul frazelor de completat ; (Michigan Sentence completition test — M.S.C.T.) ; testul de frustrație Rosenzweig (Picture Frustation Study — P.F.) ; fabulele Düss (10) ; interpretarea unor fabule. *

Alături de infailibilul dialog condus cu îndemînare și corespondător stării fiecărui bolnav în parte, proba frazelor de completat și

---

* Pentru cititorii interesați de tehnica investigării psihologice indicăm următoarea bibliografie selectivă publicată în limba română :

— Al. Roșca : *Tratat de psihologie experimentală*, Acad. R.P.R., București, 1963.

— Al. Roșca : *Metodologie și tehnici experimentale în psihologie*, Ed. șt. București, 1971.

— Tatiana-Stana Cazacu, R. Floare : *Atlas de psihologie*, Ed. Șt. București, 1968.

— Ursula Șchiopu : *Introducere în psihodiagnostic*, Centrul de multiplicare al Univ. București, 1970.

— Mariana Roșca : *Metode de psihodiagnostic*, Ed. did. și ped. București, 1972.

N. Mărgineanu, coord. șt. : *Selecția și orientarea profesională*, Ed. did. și ped., București, 1972.

— George Bontilă : *Aptitudinile și măsurarea lor*, Culegere de teste psihologice de nivel și aptitudini, Centrul de documentare și publicații al Ministerului Muncii, București, 1971.

— V. Pavelcu : *Drama psihologiei*, Ed. did. și ped., București, 1972.

— Paul-Popescu Neveanu : *Curs de psihologie generală*, București, 1976.

— Al. Roșca, Mariana Bejet : *Istoria științelor în România.* Psihologia Ed. Acad. R.S.R., București, 1976.

— Colecția *„Psyché"*. Ed. științifică.

— Colecțiile : *„Pedagogia secolului XX"* și *„Monografii profesionale"*. Ed. did. și pedagogică.

— *Revista de psihologie* și *Revista de pedagogie.*

NOTĂ : Probele (testele) psihologice indicate pe tot parcursul enunțului observației psihiatrice sînt studiate în cadrul Serviciului psihosocial al spitalului Socola (L.S.M.) pentru practica *Psihodiagnosticului.*

Scanned with CamScanner

chestionarul asociativ-verbal constituie metode comode de investigare a reactivității ideo-afective, îndeosebi în cazul tulburărilor mintale de limită și respectiv cînd bolnavul poate coopera cu examinatorul. *

Proba asociativ-verbală. D. A. Smirnov folosește o listă de 40 cuvinte standard și 10 cuvinte reținute din anamneză ca avînd o posibilă încărcătură emoțională relevantă (ca și în cazul frazelor de completat).

Nr. crt.	Excitanți verbali	Reacția verbală de răspuns	Latență	Reproducere	Nr. crt.	Excitanți verbali	Reacția verbală de răspuns	Latență	Reproducere
1.	Lup				26.	Oraș			
2.	Ureche				27.	Paznic			
3.	Cuvînt				28.	Rîu			
4.	Ceas				29.	Mamă			
5.					30.				
6.	Dragoste				31.	Măgar			
7.	Mînă				32.	Vapor			
8.	Vînt				33.	Lacrimă			
9.					34.	Băiat			
10.	Tată				35.				
11.	Vultur				36.	Frică			
12.	Durere				37.	Carte			
13.	Piatră				38.	Fiu			
14.	Ban				39.	Lumină			
15.					40.				
16.	Ac				41.	Muncă			
17.	Copil				42.	Cap			
18.	Slăbiciune				43.	Transpirație			
19.	Soț				44.	Învățătură			
20.					45.				
21.	Stea				46.	Cîmp			
22.	Masă				47.	Acces			
23.	Frate				48.	Tren			
24.	Respirație				49.				
25.					50.	Noaptea			

Media probabilă a perioadei de latență a reacției =

Media aritmetică a perioadei de latență a reacției =

* Ca orice dialog în cazul examenului psihiatric, și examenul psihologic va fi calibrat pe starea mintală și nivelul cultural al persoanei examinate

Scanned with CamScanner

Se citește fiecare cuvînt în parte, la care subiectul trebuie să răspundă imediat cu primul cuvînt ce-i vine în minte și se notează latența dintre excitantul verbal și răspunsul dat (latența normală 1—2 secunde).

La sfîrșitul probei se cere subiectului să-și amintească fiecare răspuns la excitanții verbali inițiali care se citesc din nou.

Reproducerile sînt clasificate în corecte, incorecte, eronate și negative.

Aprecierea stării afective a subiectului se face în funcție de răspunsurile date (îndeosebi în raport cu răspunsurile cu latență mare și foarte mare) și explicarea eventualelor elemente afectogene (și pe care pacientul eventual le disimulează).

În condiții de laborator se pot folosi metode complexe psihofiziologice de investigare ideo-afectivă prin aprecierea procedeului asociativ-verbal cu testări vegetative și înregistrări poligrafice solitare sau asociate : reflex psihogalvanic, consum de oxigen, pletismografie etc.

III. Funcții de cunoaștere

Noțiunea psihologică despre cunoaștere se referă — în general — la starea de conștiință rezultată din suma informațiilor pe care le cuprinde cîmpul mintal la un moment dat și modalitatea prin care ele se ordonează dinamic în scopul unor posibilități variabile de adaptare și integrare adecvată în mediu.

Percepția. *Imaginea subiectivă complexă și unitară ce se delimitează în conștiință ca noțiune ideo-afectivă, prin reflectarea caracteristicilor obiectelor și fenomenelor naturii ce acționează nemijlocit asupra organelor de simț, determinînd senzații analizate și sintetizate reflex-condiționat de scoarța cerebrală pe baza aperceptiei (experiența anterioară).*

Percepția are strînse corelații cu afectivitatea și ideația și stă la baza intuirii subiective a spațiului, timpului, mișcării și stării propriului organism.

Reflectarea clară a lumii materiale în conștiință este în funcție de pragul optimal de excitare a receptorilor specifici pe care o provoacă obiectele și fenomenele lumii reale și integritatea morfofuncțională, a fiecărui analizator în parte și a scoarței cerebrale în totalitatea sa.

Dacă pragul de excitare specifică a analizatorilor nu este optimal pentru diferențierea excitațiilor, sau fondul de activitate corticală nu este corespunzător analizei și sintezei reflex-condiționate respective, percepția nu se produce, este neclară sau deformată sub formă de iluzii. Astfel, oboseala și îndeosebi dominantele emoționale

Scanned with CamScanner

pot determina sau perturba procesele de percepție pînă la blocare momentană sau deformare sub formă de iluzii.

În condiții normale, iluziile (percepțiile denaturate ale lumii reale) se corectează prin stimularea optimală a analizatorilor și prin experiență.

In cazul îmbolnăvirilor psihice, iluziile pot avea un caracter stagnant, ca o consecință a perturbării morfo-funcționale cerebrale sau ca o consecință a sugestibilității crescute.

Scăderea percepției — hipoestezie — pînă la abolire în stările confuzionale, în oligofrenii, psihoze și demențe.

Deformări a percepțiilor extero-intero- și propio-ceptive : disestezii și cenestopatii în stările nevrotice ; modificări de schemă corporală și a dimensiunilor spațiale în epuizarea corticală și leziuni cerebrale de focar și îndeosebi în stările toxi-infecțioase sau în stările delirante cînd bolnavul este convins că percepția sa denaturată ar corespunde realității (vezi reprezentarea și gîndirea).

Pierderea capacității de recunoaștere mintală a percepțiilor poartă denumirea de *agnozie ;* pierderea capacității de utilizare a obiectelor poartă denumirea de *apraxie ;* pierderea capacității de a le denumi = *afazie.*

Fiecare element de perturbare sau abolire perceptivă poate contribui la localizarea unor leziuni cerebrale.

Agnoziile (a + gnosis = cunoaștere — percepere). Pierderea capacității mintale de recunoaștere perceptivă a obiectelor și fenomenelor care acționează specific asupra organelor de simț, ca urmare a unor leziuni cerebrale localizate în zonele de proiecție corticală a analizatorilor senzoriali :

— agnozii tactile (leziuni în zona post-centrală intermediară și parietală stîngă, ariile Brodmann 2, 5, 7, 40) ;

— agnozii vizuale (leziuni în lobii occipitali, predominant stîng, respectiv la limita parietală — pliul curb și temporală — lobulii lingual și fuziform). Se mai incriminează și leziuni în splenium-ul corpului calos ;

— agnozii auditive (leziuni bilaterale a lobilor temporali și îndeosebi în aria 22 Brodmann de partea stîngă) ;

— agnozii de schemă corporală (leziuni în zona de trecere dintre pliul curb și a doua circumvoluțiune occipitală (aria 39 și 19) din emisferul dominant stîng.

I. *Agnozia tactilă (astereognozie, stereoagnozie)* pierderea capacității de a recunoaște cu ajutorul pipăitului forma, natura și semnificația obiectelor.

1. Agnozia tactilă primară sau agnozia perceptivă (Delay) :

a. amorfognozie (Révész 1935, Delay, 1945), pierderea capacității de a recunoaște forma și volumul obiectelor datorită deficitu-

Scanned with CamScanner

lui de percepție spațială și respectiv a „analizatorului de extensivitate“ (Delay);

— b. ahilognosia (Delay), pierderea capacității de a recunoaște structura esențială a unui obiect: temperatură, duritate, greutate, rugozitate, datorită deficitului „analizorului de intensitate“ (Delay).

2. Asimbolie tactilă sau agnozie semantică (Delay), sin. agnozie ideatorie (Liepmann). Astereognozie (Delay) propriu zisă: deși bolnavul analizează corect forma și substanța obiectului, nu reușește să-l identifice și să-i precizeze utilizarea.

Atunci cînd astereognozia este consecința unei agnozii vizuale, Delay o denumește astereopsie. Astereognozia se însoțește frecvent cu alte deficiențe a funcțiilor de analiză și sinteză perceptivă (apraxie, asomatognozie, afazie senzorială).

II. *Agnozia vizuală (cecitate — orbire — psihică, Charcot).* Incapacitatea analizării și identificării perceptive a senzațiilor vizuale corect recepționate de analizorul optic periferic: culoare, formă, spațializare.

1. Agnozii vizuale pure:

a. agnozii de culoare (nerecunoașterea culorilor fundamentale, a nuanțelor și combinației lor; proba sculurilor de lînă);

— b. agnozii vizuale a obiectelor concrete. Imposibilitatea recunoașterii după vedere a obiectelor, persoanelor, mobilierului etc. Se însoțește frecvent de paragnozii (false recunoașteri) și alte elemente ale afaziei senzoriale.

2. Agnozii vizuale în corelație cu gîndirea simbolică:

a. alexii (pierderea capacității de a citi). De la incapacitatea recunoașterii unor cuvinte (cecitate verbală) sau a silabelor (asilabie), pînă la nerecunoașterea literelor (cecitate literală), a cifrelor sau semnelor aritmetice (acalculie) sau a notelor muzicale (amuzie), cu sau fără posibilitatea scrisului (alexie cu agrafie);

b. agnozia imaginilor și figurilor simbolice. Pierderea capacității de a recunoaște formele geometrice elementare, figurile simple (orele pe cadranul ceasului, o inimă, un drapel etc.) care se poate asocia cu alexia și agnozia culorilor în cadrul afaziilor senzoriale și excepțional în cadrul unei *alexii congenitale;*

c. agnozii spațiale (localizarea obiectelor în spațiu), inclusiv autotopoagnozia (Pick) care constă în incapacitatea localizării corecte a părților propriului corp; paralizia psihică a privirii (Balint) sau a privirii aderente la obiect; ataxia optică (imposibilitatea fixării privirii pe un obiect) și respectiv lectură foarte dificilă. Agnozia spațială se însoțește de tulburări globale ale memoriei topografice, astfel încît bolnavul se rătăcește în propria locuință;

d. agnozia fizionomică (prosopoagnozia, Bodamer). Pierderea capacității de recunoaștere a figurii persoanelor poate fi pură sau asociată cu alte agnozii vizuale.

Scanned with CamScanner

Agnoziile vizuale se însoțesc de regulă de ignorarea de către bolnav a deficitului de care este afectat, fapt ce justifică termenul de cecitate psihică și respectiv de anosognozie (Babinski).

III. *Agnoziă auditivă (surditate verbală).* Incapacitatea de a recunoaște vorbirea (a nu se confunda cu surditatea psihogenetică).

1. Agnozia auditivă globală sau surditate (cecitate) verbală pentru cuvinte (a nu se confunda cu surditatea psihogenă pitiatică), pentru zgomote (tic-tacul ceasului, sunetul clopotului, zgomotul monedelor, a frecării obiectelor, a țipătului) sau numai pentru calitatea lor : intensitate, ritm, localizare.

2. *Amuzia.* Agnozie selectivă pentru sunetul muzical, înțelegerea liniei și structurii armonice (surditate muzicală, amuzie auditivă). Amuzie vocală (pierderea capacității de a cînta vocal) ; amuzie instrumentală (pierderea capacității de a cînta la un instrument). Agnozia muzicală se află în relație cu alexia muzicală (imposibilitate de a citi note muzicale), sin. : cecitate muzicală și agnozia muzicală (imposibilitate de a mai scrie muzică) în cadrul afaziei predominant senzoriale. Agnoziile auditive se asociază frecvent cu afazia însă se pot întîlni și izolat.

IV. *Agnozii de schemă corporală, sin.* asomatognozie, disomatognozie (Riser). Hemiasomatognozie stîngă (sindromul lui Babinski) : impresia absenței unei părți din corp sau de transformare impersonală a acesteia.

Agnozia digitală (sindromul lui Gerstman), incapacitatea de a deosebi, arăta, denumi și alege degetele propriei mîini (îndeosebi cele trei de la mijloc) sau ale examinatorului.

V. *Apraxia* (a + gr. prassein = a face), sin. : dispraxie. Pierderea posibilității de exprimare gestuală și de efectuare a mișcărilor sau acțiunilor adecvate unui scop, ca urmare a unor leziuni cerebrale, deși funcțiile intelectuale, motorii și senzitivo-senzoriale elementare sînt păstrate.

Se manifestă îndeosebi ca apraxie de îmbrăcare (apractognozie) în cadrul tulburărilor de schemă corporală, teamă vagă, frică nelămurită, anxietate ca urmare a unor leziuni corticale în reg. parieto-temporo-occipitală din emisferul minor (dreptul pentru dreptaci) ; apractofagie (afagopraxia) = apraxia actului de a mînca.

Afazia (a + gr. phasis = vorbire). Termen substituit de Trousseau (1865) celui de Afemie folosit de Broca (1861), sin. : disfazie (Kusmaul). Alterarea pînă la pierderea tranzitorie, parțială sau definitivă a capacității psihice de exprimare și /sau de înțelegere a limbajului vorbit și/ sau scris ca urmare a unor leziuni anatomice care afectează ariile frontale, insula și ariile parieto-temporale din emisferul dominant (emisferul stîng pentru dreptaci) datorită unor cauze de natură diferită (vasculară, traumatică, tumorală, parazitară, infecțioasă sau toxică). Afazia poate avea un caracter *global* (motor

Scanned with CamScanner

și senzorial) sau mai mult sau mai puțin selectiv în raport cu întinderea leziunii în zona limbajului.

1. *Afazia globală (afemia Broca)* comportă o disoluție completă a limbajului vorbit și scris. Bolnavul pare mut sau nu mai este capabil să exprime decît doar unele silabe sau cuvinte, repetate stereotipic atît ca echivalent al înțelegerii cît și a exprimării limbajului, dînd impresia unei stări demențiale deși limbajul său interior poate fi totuși păstrat. Afazia globală poate să aibă un caracter tranzitoriu sau să fie susceptibilă de o recuperare parțială luînd fie caracterul unei afazii predominant psihomotorii, fie predominant psihosenzoriale.

2. Grupul de afazii de tip predominant *psihomotor* corespunde unor leziuni în ariile frontale. Bolnavii respectivi nu au capacitatea exprimării limbajului vorbit sau scris (afazii emisive), înțelegerea și limbajul interior fiind însă integral sau în mare măsură păstrate, sin. : afazia Broca, afazia motorie corticală Wernicke, afazia ataxică Kusmaul, anartria P. Marie, agramatismul Pick. afazia motorie nominală Head.

3. *Grupul afaziilor predominant psiho-senzorial* corespund unor leziuni în ariile temporale. Bolnavii respectivi comportă o destructurare predominantă a limbajului interior, iar capacitatea lor de a înțelege limbajul vorbit și scris este pierdută (afazie receptivă) sau evident deficitară. Ei vorbesc mult și neinteligibil (jargonofazie), folosind cuvinte deteriorate (parafazie), nu pot formula o frază coerentă (afrazie), scriu și desenează indescifrabil (acatografie) datorită tulburărilor agnozice (surditate și cecitate verbală) și apraxiei ideo-motorii (deteriorarea schematizării mintale a mișcărilor și a conceptului constructiv de efectuat). Sin. : afazia Wernicke, paragramatism Kleist, afazia semantică Head. Se consemnează și afazii limitate : surditatea verbală pură (Dejerine), afazia amnestică Pitres (anomia), cît și o afazie monogloză (la poligloți) descrisă de Leischner.

Afazo-agnozo-apraxia. Sindrom cuprinzînd tulburări de limbaj (afazie), de recunoaștere a obiectelor (agnozie) și de utilizare a obiectelor (apraxie). Se întîlnește în unele forme de demențe presenile (Boala Pick și Alzheimer).

Afazoid (engl.). Copil prezentînd tulburări de limbaj asociate cu fenomene paralitice de origine cerebrală.

*

Investigația psihologică a percepției urmărește, în primul rînd, trei aspecte : rapiditatea, exactitatea, plenitudinea perceperii.

Psihotehnica percepției comportă investigații diferențiale pentru fiecare organ de simț în parte sau în cadrul percepției complexe : spațialitate, temporalitate, mișcare, formă, culoare, mărime, compoziție, perspectivă etc.

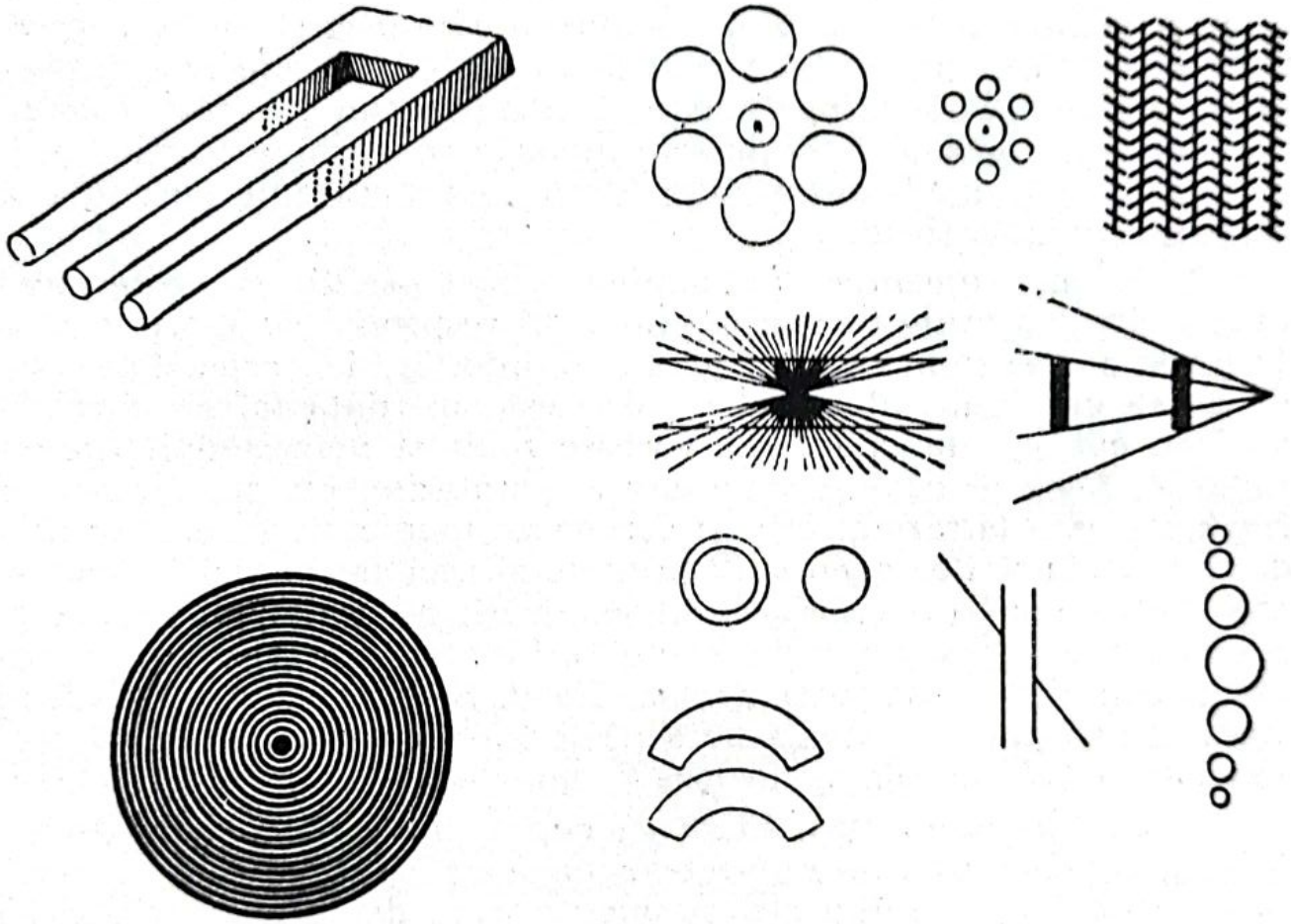
Scanned with CamScanner

Pentru un studiu orientativ se poate folosi „o carte cu imagini" care să cuprindă caracteristicile urmărite, însoțite de comentariul : ce este, la ce folosește, dimensiuni, poziții, calități etc.

Psihotehnica percepției a devenit indispensabilă pentru orientarea profesională și a conducerii autovehiculelor.

În anumite condiții deosebite, ca de pildă în asigurarea securității zborului, iluziile fiziologice necesită să fie corectate cu ajutorul unui aparataj corespunzător.

Percepțiile pot fi deformate în condiții fiziologice, ca de exemplu în următoarele exemple clasice de iluzii vizuale.



Reprezentarea. *Reflectarea subiectivă în conștiință — sub formă de imagine concretă — a unor obiecte sau fenomene deja percepute, dar care nu acționează nemijlocit asupra receptorilor în momentul respectiv* *.

---

* Întrucît mulți autori nu lucrează cu noțiunea psihologică de reprezentare, în aceste situații este necesar să se ia în considerare noțiunile de apercepție, imaginație și „Eidetism" (Jaensch) : capacitatea pe care o au unele persoane de a revedea imaginea unui obiect sau fotografii percepută anterior.

Scanned with CamScanner

În mod normal reprezentările au totdeauna o corelație ideo-afectivă și de prospectare imaginativă a unor modalități existențiale : sînt bine diferențiate și foarte vii la tipul artistic care aude și vede opera înainte de a o crea, fără a se însoți însă de convingerea că ele ar corespunde unor percepții concrete ale lumii reale.

Halucinozele. Reprezentări cu un caracter neplăcut sau înspăimîntător care apar de regulă sub formă de fluierături, strigăte, zgomot de pași sau imagini episodice înaintea adormirii (caracter hipnagogic), și în mod excepțional la trezire (caracter hipnopompic) bolnavul fiind însă conștient sau devenind repede (după cîteva momente de perplexitate) de caracterul lor patologic. Se întîlnesc în stările de surmenaj, alcoolism, drogodependențe și psihastenii. Întrucît prin repetarea lor bolnavul ajunge la convingerea că „halucinațiile" (reprezentările) respective generează *în propria persoană* îl determină să consulte medicul.

Halucinoza are unele similitudini ca „mentism-ul" (fuga de idei imajate) ce poate să apară și la persoane sănătoase în cursul stării fazice dintre veghe și somn, și îndeosebi în cursul insomniei prelungite.

Halucinozele sînt frecvente la debutul psihozei discordante și a psihozei paralogice sistematizate, ele transformîndu-se însă în timp în halucinații propriu-zise, adică sînt acceptate de bolnav ca o corespondență veridică a unor acțiuni ce se exercită — cu intenționalitate *din afara propriei persoane.*

Halucinoza pedunculară : desfășurarea „autoscopică", cinematografică, a unei succesiuni de imagini tridimensionale, uneori colorate, a unor ființe cu dimensiuni naturale, guliveriene sau liliputaniene (amplificate sau micșorate), sau de segmente de ființe (capete) care defilează în cîmpul vizual totdeauna în același sens. ca în cazul unor sechele de encefalită cu leziuni parieto-occipitale).

Autoscopia halucinozică durează de obicei cîteva clipe, uneori cîteva ore și excepțional cîteva zile, creind bolnavului o stare de perplexitate anxioasă. Aceste reprezentări patologice au fost identificate de J. Lhermite și Van Bogaert ca fiind expresia unor leziuni anatomice la nivelul calotei pedunculilor cerebrali și respectiv în vecinătatea centrilor somnului, explicîndu-se astfel de ce sînt favorizate cu precădere de stările fazice dintre veghe și somn.

Halucinațiile. Reprezentări stagnante denaturate care se însoțesc de convingerea bolnavului că ele ar constitui percepții reale (vezi gîndirea), fapt ce l-a determinat pe Ball să definească metaforic halucinația ca o percepție fără obiect.

După spațializarea lor dominantă în cîmpul delirant, halucinațiile pot fi clasificate clinic în următoarea configurație :

— *halucinații exteroceptive uni- sau multi-senzoriale* (vizuale, auditive, olfactive, gustative și tactile) ;

Scanned with CamScanner

— *halucinații propio- și intero-ceptive sau cenestezice* (a sensibilității generale sau vegetative — inclusiv a sensibilității genitale) ;

— *halucinații „psihice"* — Baillarger, „psihomotorii" sau „verbo-motorii" — Seglas, „automatism mintal" (ecou al gîndirii) — Clerambault, „pseudohalucinații" — Kandinski, „autoreprezentări aperceptive" — Petit. Toate aceste denumiri vor să atragă atenția asupra convingerii delirante a bolnavilor care trăiesc aievea impresia (reprezentarea patologică) că asupra lor se exercită — metapsihic (din afara ființei lor cît și din propria lor ființă spre altele) — influențe transmise „telepatic", adică extrasensorial, direct asupra minții sau sufletului : „văd și simt cu ochii minții tot atît de bine sau mai clar încă decît cu organele de simț" ; „mi se fură gîndurile, mi se dezvăluie public cele mai intime gînduri și simțiri". Bolnavii respectivi exclud totodată cu indignare că ar fi vorba de o tulburare a minții lor, și în consecință își ascund (disimulează) uneori cu grijă aceste trăiri halucinatorii spre a nu fi considerați drept „nebuni" de către „persoane vulgare, neinstruite sau de rea credință" sau fiindcă „li se interzice să dezvăluie secretul".

Deoarece atît „halucinațiile psihice — pseudohalucinațiile" cît și „halucinațiile senzoriale" exprimă de fapt aceleași *reprezentări denaturate stagnante* față de totalitatea experienței perceptive trăită în actualitatea sa și pe baza cărora bolnavii își formulează și dezvoltă experiența delirantă, noi credem că ar fi poate mai potrivită pentru delimitarea semiologică în fenomenologia mintală — a expresiei de *halucinație extra (sau para)-ceptivă* (în afara organelor de simț) sau endofasică (din interiorul gîndirii) spre deosebire de halucinație intraceptivă, adică reprezentarea estezică (percepție fără obiect) pe receptorul periferic al organului de simț.

În cazul cînd bolnavul delirant cu autoconducție primară păstrată își disimulează instrumentele experienței sale halucinatorii, devin relevante unele elemente din conduita sa : conductul auditiv bine astupat cu diverse dopuri uzuale sau original meșterite, ochelari, mănuși, centuri sau alte mijloace protectoare extravagante. Atunci cînd se crede neobservat se poate remarca de la caz la caz : ținuta de ascultare „cu o ureche ciulită" spre sursa imaginară de emisie ; închiderea strînsă și prelungită a pleoapelor ; mișcări mute ale buzelor, exprimare șoptită sau replici cu glas tare de aprobare sau protest ; rîs în cascade sau mimică de furioasă reprimare ; gesturi discrete expresive ce însoțesc în mod activ dialogul endofasic pînă la crize bruște de agitație colerică cu țipete și lovituri în juru-i sau asupra propriului corp și de obicei peste urechi, agitație care se stinge tot atît de brusc în clipa cînd se simte observat de o persoană reală. Cînd întrebările ce i se pun au o adresă precisă la delirul său halucinator (pe care îl considera pînă atunci ca absolut intim), bolnavul poate să manifeste o reacție bruscă de surpriză

Scanned with CamScanner

revelatoare cu exclamația „de unde știi" ! ? Costumația, insemnele, ținuta pot fi de asemenea relevante, uneori, în ceea ce privește rolul pe care bolnavul și-l conferă în cadrul delirului său sistematizat (vezi capitolul psihoza paralogică sistematizată).

Lumea fantasmică pe care o cuprinde configurația delirului paralogic sistematizat cu ale sale secvențe halucinatorii, constituie un cîmp pe cît de pasionant pentru explorarea psihologică, tot atît de dificil de interpretat multidimensional, inclusiv în planul său axiologic. Afirmația apare ca verosimilă, chiar și în situația unei cărți despre psihiatrie, deoarece opiniile despre limitele dintre normalitatea mintală și construcția delirantă meticulos și inteligent sistematizată, nu pot să ajungă în mod facil la un punct de vedere univoc acceptabil.

În asemenea condiții de interpretare a „dreptului de a delira" nu este exclusă situația cînd după dialogul dintre subiectul paranoic superior instruit care își susține cu argumentație paralogică bine strunită tematica sa persecutat-persecutorie chiar și în fața unui public avizat, acesta să concluzioneze totuși în corolarul său axiologic : Și totuși nu este oare o greșală ca un asemenea om să fie considerat bolnav mintal ! ? Ipoteza este redată aici numai spre a exemplifica indirect capacitatea de a face prozeliți pe care pot să o exercite unii paranoici cu forță pasională de propăvăduire în anumite condiții socio-culturale. (Vezi psihoza paralogică sistematizată).

Ca o modalitate mai facilă abordării semiologice, se prezintă situația trăirilor fantasmice oniro-confuzive halucinatorii din cursul delirului acut, bufeul delirant acut, delirul azotemic acut, psihozele acute de natură toxi-infecțioasă, alcoolică, prin uzanța drogurilor, prin suferința traumatică acută a creierului, în stările crepusculare pre- și post-accesuale epileptice.

Delirul oniro-confuziv halucinatoriu acut poate să apară și în cursul psihozelor reactive generate prin stress-uri psihogene, a psihozelor encefalodistrofice de involuție și îndeosebi în cursul psihozelor postpartum (vezi capitolele respective).

În situațiile psihotice enumerate se găsesc ca numitor comun următoarele trăsături definitorii :

— instalarea acută sau paroxistică a stării oniro-confuzive halucinatorii ;

— corelarea patogenică a cauzelor determinante sau favorizante prin consensul viscero-umoral al perturbării triplei funcții de reglare neuro-endocrino-umorală și respectiv a troficității tisulare cerebrale ;

— în situația delirului halucinator oniro-confuziv acut, ca particularitate clinică definitorie se află — indiferent de etiologia sa — automatismul mintal al trăirii unei stări asemănătoare visului cu ochii deschiși, pe care bolnavul îl transpune în acțiune confuză și anxioasă totodată. Totul se petrece ca și cum în franja sa

Scanned with CamScanner

de conştiinţă limitată, bolnavul ar trăi aievea o lume familiară şi totuşi stranie, ce foieşte haotic şi ameninţător în proiecţia sa pe un fundal de obscuritate abisală. Starea oniro-confuzivă se risipeşte progresiv începînd din profunzimile subcunoaşterii spre înţelegere deplină, bolnavul păstrînd o amnezie lacunară indelebilă, sau îşi aminteşte foarte puţin şi fragmentar din drama episodului fantasmic pe care l-a trăit.

Trecerea de la onirismul confuziv halucinator la normalitatea mintală poate fi marcată uneori de apariţia stărilor oniroide ca un aspect psihopatologic „de infiltrare a construcţiilor visului în gîndirea vigilă" (H. Ey şi Rouart) care să conflueze apoi într-o structură psihotică de tip discordant cu evoluţie prelungită.

Un aspect particular în precizarea fenomenologiei halucinatorii îl constituie aşa zisele halucinaţii prin „atingerea receptorilor periferici, ca de pildă „scotomul pozitiv", halucinaţia cinestezică a amputaţilor sau sindromul descris de Bonnet (glaucom, cataractă, deslipire de retină, leziune de nerv optic sau de chiasmă) unde, ca şi în scotomul pozitiv, „halucinaţiile" elementare geometrice pot deveni ulterior figurative.

Întrucît în asemenea situaţii de suferinţă bolnavii păstrează o conştiinţă clară asupra cauzalităţii aşa ziselor halucinaţii, ele pot fi omologate ca *percepţii deformate* şi nu ca *reprezentări denaturate* în procesul gîndirii.

„Halucinaţiile prin atingerea analizatorului central" — care de fapt se plasează tot în cîmpul percepţiilor deformate sau al halucinozelor („eidoliilor" H. Ey) — au un rol important pentru localizările unor suferinţe cerebrale ca în situaţia de „aura" sau de „dreamy state" în epilepsie, viziunea deformată a obiectelor (metamorfopsiile) în atingerea ariei 19 corticale, heautoscopia (viziunea dedublată a corpului(prin leziunea răspîntiei parieto-occipito-temporală) cît şi în cazul diverselor agnozii.

Imaginaţia. *Procesul de creare a unor noi imagini despre lume şi viaţă pe baza combinării analitico-sintetice a percepţiilor şi reprezentărilor, şi a căror construcţie logică sau paralogică se verifică în experienţă.*

Tulburări reprezentative (mitomania psihopaţilor şi confabulaţia alcoolicilor).

Tulburări constructive (imaginaţia patologică, pasională, a paranoicilor, ca fond de dezvoltare a tematicii delirante).

Scăderea imaginaţiei pînă la absenţă în oligofrenii, demenţe şi encefalodistrofii ; sumbră şi imobilă în melancolii ; expansivă şi cu o coloratură vie în manii ; bizară-derealizată în schizofrenii.

Teste psihologice utilizabile pentru imaginaţie : probe de desen liber ; testul Goodenough (om) ; testul Koch (arbore) ; testul lumii (Ch. Bühler) ; desenul familiei ; testul de desen Wartegg.

Scanned with CamScanner

Testele psihologice utilizabile pentru imaginație se confundă cu probele pentru reprezentare și gîndire. Se utilizează proba construcției de fraze sau proba desenului Wartegg prin care se solicită capacitatea reproductivă și creatoare a subiectului : se dau 3 cuvinte (sau trei puncte) cu indicația de a construi cu ajutorul lor propoziții și fraze (sau desene) sau 15 cuvinte cu ajutorul cărora să construiască o povestire. Ex. construiți o frază din cuvintele : cal — soldat — ordin ; sau spital — bolnavi — tratament ; sau părinți — fată — băiat — etc.

Atenția-Prosexia. *Procesul de orientare și concentrare a activității psihice asupra unor obiecte sau fenomene care prin semnificația lor biologică sau socială necesită o cît mai clară reflectare și selectare conștientă.*

Atenția este în strînsă corelație cu afectivitatea, ideația și acțiunea. Atenția apare ca rezultatul interacțiunii mecanismelor reflectorii de diferențiere înăscută și condiționată a excitațiilor :

— *atenția spontană* sau involuntară—reflex absolut de orientare ;

— *atenția susținută* sau voluntară—reflex condiționată în scopul unei cît mai fine și complete analize a mediului, trebuințelor și motivelor activității.

Particularitățile atenției : stabilitatea, concentrarea, volumul, flexibilitatea (comutarea) și distribuția.

Tulburările atenției :

— *hipoprosexii* pînă la aprosexii în stările nevrotice, sindroamele confuzionale, schizofrenii, psihoze encefalodistrofice, oligofrenii și demențe ;

— *hiperprosexii* în stările maniacale și intoxicații (beții) ușoare cu alcool sau droguri ca expresie a hiperexcitabilității corticale, însă cu deficit de stabilitate și concentrare analitică condițională, obiectivată prin logoree și agitație motorie ; prin inerție stagnantă determinată de focarul afectiv dominant în melancolie, în delirurile de interpretare și în epilepsii (perseverența de amănunt).

Teste psihologice : testul Bourdon-Amfimov ; testul Kraepelin ; testul de căutare a numerelor (tabele Sultze) ; testul extragerii dintr-un număr ; timpul de reacție (auditiv și vizual) ;

— proba de corectură tipografică (testul Bourdon-Amfimov) este cel mai frecvent utilizată în explorarea funcțiilor atenției :

după un instructaj prealabil, subiectul va bara două litere mai apropiate ca formă (C și O, M, și N, F și E) pe un imprimat dat, timp de 10 minute.

Se apreciază viteza și precizia de lucru, notîndu-se de observator (fără a deranja subiectul) rîndul la care a ajuns după fiecare minut de lucru.

În decurs de 10 minute performanța medie este de 46—50 rînduri lucrate și aproximativ 10 greșeli.

Scanned with CamScanner

Aprecierea în timp (minut de minut) a stabilității atenției poate releva o epuizare în ultimele minute ; o distribuire egală a omisiunilor ; o distribuire inegală a omisiunilor ; o distribuire grupată de omisiuni ; un blocaj al atenției (30 omisiuni într-un minut) în raport cu particularitățile fiecărui caz în parte și a evoluției sale.

Particularitățile omisiunilor : subiectul parcurge rîndurile dar nu reține semnele de barat ; barează incorect ; după un număr de rînduri se produce inhibarea atenției cu blocajul lucrului.

Proba este influențată nu numai de starea mintală a subiectului, ci și de vîrstă, cultură, uzanța corecturii etc.

Memoria. *Procesul de reflectare în conștiință a experienței trecute, menținută sub formă de semnale condiționale în substratul morfo-dinamic al scoarței cerebrale, ce se reactualizează în mod necesar prin mecanismul reflexelor vestigiale, ca evocări și recunoașteri a diverselor tipuri de legături temporare : grupe sau serii de asociații temporo-spațiale și obiecte-fenomene.*

Memoria, ca și atenția, conține un mecanism reflector absolut —*memorizarea primară*-cibernetică, și un mecanism reflex-condiționat — *memorizarea intențională* verbal-logică, avînd ca și atenția corelații strînse cu afectivitatea, ideația și acțiunea.

Regresia memoriei se produce de la experiența recentă spre trecutul îndepărtat, ca în cazul uzurii cerebrale senile ; faptele asociate în legătură cu elemente afective puternice sînt cele mai stabile : amintirile din armată, război etc.

Tulburările memoriei :

— *hipomnezii*-dismnezii (scăderea globală a memoriei) ; paramnezii (evocarea falsificată a datelor memorizate) ; amnezia (uitarea datelor memorizate).

— *hipermnezii* (exagerarea funcțiilor memoriei) care se însoțesc însă de false recunoașteri și superficialitate, ca în cazul stărilor de excitație maniacală.

Tulburări de fixare a cunoștințelor recent cîștigate care se pierd sau se deteriorează în timp scurt — de la cîteva minute la cîteva ore (proba cutiei cu 10 obiecte, proba unui grup de cifre, a unei pagini de text etc.), cu păstrarea relativă a capacității de evocare și recunoaștere.

Tulburări de evocare a cunoștințelor obținute prin experiență anterioară, (evenimente controlabile din trecut cu localizarea lor în timp, date școlare, profesionale etc.).

Tulburări de recunoaștere a experienței evocate—paramnezii—false recunoașteri ; ecmnezii—trăirea inadecvată a unor evenimente îndepărtate care se însoțesc de credulitate absurdă caracteristică demențelor.

După momentul instalării tulburărilor de memorie, se descrie o amnezie anterogradă (după instalarea suferinței cerebrale) — ca în cazul demențelor, și retrogradă (care cuprinde experiența ante-

Scanned with CamScanner

rioară îmbolnăvirii) — ca în cazul unor traumatisme cerebrale, şi amnezia lacunară (perioada de suprimare temporară a cunoştinţei — în zona comatoasă, accesuală epileptică sau confuzională).

Tulburările memoriei au de regulă un caracter complex, de tip antero-retrograd, tulburările începînd în primul rînd cu deteriorarea memoriei de fixare a faptelor recente (legea Ribot).

Teste psihologice :

— proba celor 15 cuvinte (A. Rey) ;
— proba figurii complexe (A. Rey) ;
— proba celor 15 cifre (cu diverse variante) ;
— proba de ordonare a 10 figuri geometrice.

Deşi desconsiderată pentru vechimea sa, proba „cutiei" (Ballet şi d'Allones) îşi menţine utilitatea în testarea orientativă a „memoriei de fixare" de către clinician. Se arată subiectului 10 obiecte uzuale, nominalizîndu-se fiecare în parte de către subiect, căruia i se atrage atenţia că va fi întrebat mai tîrziu despre ele şi ordinea în care au fost prezentate ; se numără la sfîrşit şi se acoperă sau se introduc într-o cutie. După 10—15 minute bolnavul este solicitat să reproducă obiectele în ordinea prezentată. În cazul cînd nu-şi aminteşte mai mult de 6 obiecte, se apreciază existenţa unei tulburări a memoriei de fixare, iar funcţia atenţiei se deduce din ordinea reproducerii obiectelor memorizate.

De aceeaşi utilitate se relevă relatarea unei scurte povestiri sau citirea cîtorva fraze corespunzătoare nivelului de cunoaştere a subiectului şi pe care este invitat să le reproducă după 10—15 minute.

Pentru bolnavii cu deteriorarea funcţiilor mintale „care uită de la mînă pînă la gură", ca în cazul psihozelor de involuţie şi a demenţelor, apare relevantă dezorientarea temporo-spaţială şi la propria persoană (orientarea allo — şi hetero-psihică) cît şi faptul că nu-şi aminteşte (sau inventează) ce a mîncat cu o seară înainte etc.

Proba celor 15 cuvinte dă informaţii utile asupra stării memoriei şi atenţiei în condiţii normale şi patologice, fiind totodată uşor de aplicat. Proba solicită ca subiectul să nu fie deranjat în timpul lucrului (ca la orice altă testare, dealtfel).

Proba cuprinde 15 cuvinte ca în exemplul următor :

pădure, pîine, fereastră, scaun, apă, frate, cal, ciupercă, ac, miere, cravată, valiză, cîmp, culoare, vînător.

Proba este prezentată de 5 ori, fiind citită clar şi distinct de examinator în decurs de 30"-1' şi după fiecare citire subiectul este invitat să reproducă cuvintele pe care le-a reţinut. După a cincea prezentare subiectul poate să reproducă obişnuit 13—15 cuvinte. Proba se verifică după o oră, persoana respectivă fiind invitată să reproducă direct elementele memorate anterior.

Scanned with CamScanner

Se notează situații cînd se introduc cuvinte „suplimentare“ și (sau) se „persevereză“ pe un anumit cuvînt, fenomen mai des întîlnit la bolnavii cu psihoze, în cursul terapiei intensive cu neuroleptice sau în cursul proceselor involutive și demențiale.

„Curba memoriei“ realizată prin probele enunțate, și îndeosebi testul celor 15 cuvinte, poate indica slăbirea atenției susținute sau epuizarea capacității de concentrare a bolnavilor. Curba poate fi progresivă, regresivă, în zig-zag sau sub formă de platou.

Numărul de cuvinte reținute și reproduse de subiect la o oră după investigare indică capacitatea de a reține (fixarea) structurilor simple perceptive.

După același procedeu se aplică și probele cu 15 cifre sau 15 propoziții simple. Extragerea dintr-un număr se face scăzîndu-se de la 100 înapoi cîte 7 (fără a se repeta „scădem 7“) : 100, 93, 86, 79 etc. Sau din 50—3 sau 77—6.

Se remarcă dificultăți cu încetinirea tempoului iar spre sfîrșitul probei chiar și scăparea unor zeci, fenomene care relevă tulburări ale capacității de concentrare a memoriei și atenției.

Gîndirea. *Procesul de reflectare generalizată a lumii în creierul omului prin diferențierea esențialului din particularitățile obiectelor, fenomenelor și a relațiilor dintre ele, pe baza legăturilor temporare (asociațiilor) ce se stabilesc nemijlocit prin organele de simț și mijlocit prin cuvînt între percepții, reprezentări și afectivitate, realizîndu-se astfel înlănțuiri de noțiuni, judecăți și raționamente prin care omul cunoaște legile naturii și societății și se determină liber față de ele, transformîndu-le totodată.*

Noțiunea (conceptul sau ideea). Reflectarea în conștiință a experienței perceptive despre însușirile esențiale ale obiectelor și fenomenelor diferențiate prin cuvînt specific.

Judecata. Stabilirea reflex-condiționată de relații dinamice între noțiuni, sub formă de propoziții în care obiectul, fenomenul — constituie subiectul judecății, iar ceea ce se vorbește despre subiect constituie predicatul judecății.

Raționamentul. Stabilirea de noi judecăți pe baza celor existente prin mecanisme reflex-condiționate complexe de sinteză inductivă de la particular la general și de analiză deductivă de la general la particular.

Tulburările gîndirii :

— *ritmul gîndirii.* Desfășurare rapidă — fugă de idei sau mentism (desfășurarea necontrolată a ideației) în excitații corticale din sindroamele maniacale, și stadiul inițial al P. g. P. : intoxicații ușoare și în stările de oboseală corticală. Dislogii cu verbigerație în schizofrenii ;

— desfășurare lentă pînă la stagnarea gîndirii — bradipsihie și perseverență ideatorie — în melancolie, epilepsie, stări confuzionale, psihoze encefalodistrofice ;

Scanned with CamScanner

— desfășurarea oscilantă — cu baraje, ambivalențe, răspunsuri alăturea întrebării, mutism sau solilocvie — în psihozele hipertimice reactive, isterie, simulație și schizofrenie ;

— *conținutul gîndirii.* Idei obsesive (care parazitează în mod nedorit conștiința) și idei fobice (de teamă nejustificată) recunoscute de bolnavi ca patologice, în nevroze și îndeosebi în psihastenie (asimilată cu debutul frust al schizofreniei) ;

— idei deformate — iluzii — și ireale — halucinații — în schizofrenie și parafrenii ;

— ideație dislocată și derealizată cu componenta afectivă deteriorată, în schizofrenie ;

— idei prevalente — persecutat-persecutorii ca nucleu al tematicilor delirante în psihozele de interpretare fără halucinații și aglutinare de noțiuni în psihozele delirante halucinatorii sau interpretative (schizofrenie, parafrenie și paranoia) ;

— sărăcie ideatorie fără capacitate de abstractizare și sesizarea absurdului în oligofrenii și demențe ;

— absența ideației în idiotie și demențele grave ; sindroamele confuzionale și stările de criză în boala epileptică ;

— structură paralogică a gîndirii după tematica dezvoltată : delir polimorf și absurd în psihozele toxice și infecțioase și în schizofrenia paranoidă ; delir sistematizat halucinator în parafrenii ; delir sistematizat de interpretare, cu punct de plecare de la premise eventual exacte însă cu concluzii obligatoriu false, în paranoia.

Tulburările gîndirii se remarcă prin studiul conversației și activității persoanei examinate ; a orientării sale temporo-spațiale și asupra propriei persoane (inclusiv și ce gîndește despre starea sa psihică) ; cum înțelege lumea și viața și cum explică prezența în fața medicului ; claritatea, precizia și capacitatea de discernămînt asupra interrelațiilor sociale ; caracterul psihografic al scriptelor.

Probe elementare : comparația noțiunilor concrete și abstracte, explicarea unui proverb, crearea de fraze cu noțiuni date sau absente etc.

Investigarea psihologică a gîndirii

— *Proba excluderii* constă în diferențierea unei noțiuni necorespunzătoare dintr-un șir de noțiuni asemănătoare.

Ex. : șoarece, pisica, *vrabie,* cal, cîine ; măr, pară, prună, cireașă, *strugure ;* canapea, divan, *masă,* bancă, scaun ; școală, *colibă,* muzeu, cinematograf, spital ; avion, motocicletă, tramvai, camion, autobuz.

Se cere imediat argumentarea răspunsului eronat, și mai ales justificarea lui. Răspunsurile pot fi corecte însă justificarea lor poate fi logic necorespunzătoare. Ex. de gîndire disociată : „pisica mănîncă șoarecele iar calul bate cîinele“ ș.a.

Scanned with CamScanner

La copiii şcolari, această probă dă posibilitatea unei investigaţii analitice.

Ex. : *jucărie,* aritmetica, gramatica, citirea, scrisul ; sau : mama, *măr,* frate, mătuşă, prieten etc.

— *Probe de asemănare* (probă de *sinteză,* în cuprinsul unor caractere foarte apropiate).

Se cere subiectului să precizeze care sînt cele două noţiuni mai asemănătoare dintr-un şir de noţiuni, adică să aleagă 2 cuvinte asemănătoare care să facă parte dintr-o anumită categorie.

Ex. : geamantan, *medic,* monedă, evantai, carte, plită, militar, cerc, rochie, *felcer ;* păşune, batoză, trandafir, sapă, *tractor,* porumb, uliţă ; fluviu, munte, tunel, lapte, lumină, *vin,* farfurie, strugure, pahar, ospăţ, *bere,* corabie, valuri, *automobil,* drum, *trăsură,* roţi ;

ploaie, vînt, cer, nori, cald, apă ;

aritmetică, şcoală, mîncare, *citire,* literă, memorie.

— *Probe de subordonare,* (de la parte la întreg). Se cere să se determine un raport între cuvinte ce indică partea independentă — şi cuvîntul care indică întreaga categorie.

Ex. mătase, roşu, frumos, haină, modă, *ŢESĂTURĂ ;* oaie, cireadă, *ANIMAL,* carne, lînă, măcelar ; crap, apă, a înnota, *PEŞTE,* hrană ; *bărbat,* băiat, puternic, vitejie, înalt, *OM.*

Rezolvarea corectă indică capacitate mintală suficientă spre a reuşi construirea de abstracţiuni — ierarhic mai diferenţiate.

Probe de supraordonare (de la întreg la parte) unde două cuvinte au strînsă legătură cu primul cuvînt al şirului.

Ex. : *copac,* umbră, nuci, *rădăcini,* foi, *ramuri. Carte,* povestire, *foi,* dulap. poze. *litere. Veveriţă,* alune, piele, colivie, *coadă,* pom. *Scaun,* curte, *picioare,* pernă, masă, *lemn* etc.

— *Probe de contrast.* Dintr-un şir de cuvinte să se găsească cele două cuvinte contrastante între ele.

Ex. : bătrîn, *bogat,* larg, *sărac,* verde, *plin ; a rîde,* a şti, a aştepta, a fluiera, a învăţa, a *plînge ; puternic,* luptă, *slab,* muşchi, săritură, lucru ; negru, deschis, *plin,* întunecos, supărat, *gol ;* etc.

Posibilitatea de a realiza probe de contrast indică un spirit critic, capabil să găsească deosebirile dintre noţiuni.

— *Probe de ecuaţie* (sau de *gîndire abstractă).* Subiectul trebuie să găsească regula ce determină un şir de noţiuni aflate în anumite raporturi între ele.

Instructaj : citiţi cu atenţie fiecare şir de cifre, litere sau cuvinte. Căutaţi să descoperiţi criteriul în raport cu care a fost construit fiecare şir în parte. Completaţi şirul folosind acelaşi criteriu.

Ex. : 3, 6, 9, 12, 15,

Înainte-înapoi ; gras-slab ; înalt-scund

1, 7, 8, 15, 23,

Scanned with CamScanner

Dar-ard ; sur-urs ; car-arc ; zor-roz.

— *Probe de calcul.* Se bazează pe principiul găsirii regulii care a stat la baza formării şirului.

Ex. : 2 4 6 8 10 12
1 7 2 7 3 7 4 7
1 5 2 10 3 15
4 9 14 19 24

— *Probleme.* Sînt alese probleme caracteristice, în care nu interesează calculul în sine, ci mai ales judecata, gîndirea.

— *Probe de codaj.* Sînt acele probe-teste în care dîndu-se un alfabet cu cifre şi litere — se cere să se înlocuiască cifrele cu litere. Este o probă de construcţie mintală care scoate în relief o anumită suplețe a intelectului.

Ex. : 1 2 3 4 5 6 7 8 9
A D M C P R L E O
5 9 7 ... Pol
7 1 4 ...
5 9 2 ...
5 9 5 1 4

— *Desenarea scenelor* pe o temă dată ; ex. : *o zi de toamnă* o femeie se plimbă în ploaie cu un cățel (Wartegg) ; tot ce este caracteristic toamnei : ploaie, frunze, copaci etc. Se urmăreşte bogăţia în elemente caracteristice, exactitatea elementelor figurate.

— *Proba de completare* (Wartegg) enunţată la imaginaţie, în cadrul analizei gîndirii dă de asemenea relaţii asupra supleţei proceselor de abstractizare modelator-formative.

— *Desenele figurilor geometrice.* Oligofrenii nu pot face un paralelogram şi copiază cu greu un romb. Cercul îl copie uşor, iar pătratul pentru ei e dreptunghi. Probele în care intervin unghiuri şi laturi sînt greu de reprodus chiar după model de către oligofreni, demonstrînd incapacitatea lor de abstractizare.

Desenul are o importanţă particulară şi în studiul agnoziilor, apraxiilor şi afaziilor.

— *Probe de informare generală* (raportate la mediu) permit investigarea cantităţii de cunoştinţe pe care le posedă subiectul analizat.

Cunoştinţe legate de realitatea imediată

Cine conduce statul ?

Care este capitala ţării ?

Care este cel mai mare fluviu din ţară ?

Care este muntele cel mai înalt ?

Care este populaţia ţării ? etc.

Ocupaţii umane : profesiuni ; meserii ; funcţii.

Cultură generală : cel mai mare poet al ţării ; cel mai mare prozator ; nume de artişti ; filme ; piese de teatru etc.

Scanned with CamScanner

— *Proba proverbelor* (pînă la 10 proverbe)

Se cere să se spună ce se înțelege din proverb (știindu-se că proverbul reprezintă abstractizarea unor situații concrete).

Neînțelegerea sensului relevă o nedezvoltare sau o scădere a capacității funcționale a gîndirii.

Ex. : cînd pisica nu-i acasă, șoarecii joacă pe masă.

Răspuns absurd : dacă prind pisica, o arunc pe fereastră.

Se exemplifică răspunsul și se interpretează : răspuns disociativ în schizofrenii, absurd în demențe, neprelucrat în oligofrenie ; în raport cu dominanța afectivă în nevroze, psihoze hipertimice sau delirante etc.

Prezentare incertă ; se alege proverbul din mai multe propoziții ca de exemplu :

bate fierul cît e cald ; este bine să-și pună uneltele la dispoziție ; focul viu arde tare ; este bine să folosești.

Proverbe ce implică judecăți de finețe : corb la corb nu-și scoate ochii ; cui pe cui se scoate etc.

Probe de construcție spațială (incastrare) constă în construirea unui întreg dintr-o serie de fragmente ca de exemplu proba de ansamblare a marionetei, mîinii și figurii umane (în condiții de laborator).

O probă de gîndire mult utilizată o constituie testul cuburilor Kohs cu fețe colorate.

Se dau 10 modele și se cere realizarea corespondenței dintre model și cuburile utilizate. Este o probă de orientare și reconstituire dificil de realizat în condiții de nedezvoltare sau de perturbare a funcțiilor mintale.

— *Proba pictogramei.* Este ușor de analizat și dă informații în legătură cu abstractizarea. Se propune să fie memorate 10 cuvinte, însă în loc de a le reproduce verbal, subiectul urmează să deseneze imaginea pe care el și-o reprezintă despre cuvînt.

— *Desenul* se poate utiliza ca o metodă complexă de explorare a posibilităților gîndirii și îndeosebi la copil, avînd o amplă extindere în cadrul „psihopatologiei expresiei".

De exemplu, se cere să se deseneze un om (nu se urmărește talentul artistic).

Desen celulă : picioarele și mîinile se nasc din cap (normal la copilul pînă la 5 ani) ; *în interiorul cercului* apar toate organele (oligofrenii).

Desen schematic — om privit din față : copil 6—8 ani.

Desenul schematic capătă profil și vesminte la 10—11 ani. (Există copii care realizează desenul schematic încă în jur de cinci ani).

Scanned with CamScanner

La desenul figurii umane se analizează :

— dacă există schema corporală simplă : cap, ochi, naș, gură, urechi, mîini, picioare, degete, păr, sprîncene etc. ;

— schema corporală mai complexă (cînd apar articulații) ;

— existența vesmintelor precum și mimica și pantomimica etc.

IV. Personalitatea

Ansamblul caracteristicilor temperamentale, caracteriale și voliționale ale fiecărei persoane în parte, ca rezultat al interacțiunii dinamice dintre primul și al doilea sistem de semnalizare, determinînd atitudinea liber-conștientă față de lume și propria persoană.

Temperamentul. *Ansamblul caracteristicilor înăscute în ceea ce privește intensitatea, echilibrul și mobilitatea proceselor de excitație și inhibiție care pot fi perturbate de suferințe cerebrale diferite și modelate pozitiv prin educație în raport cu trăsăturile dominante.*

Tipul slab (temperamentul melancolic, timid, nehotărît, trist).

Tipul tare neechilibrat (temperament coleric—impetuos).

Tipul tare echilibrat mobil (temperament sanguinic, vioi, vesel).

Tipul tare echilibrat inert (temperament flegmatic—liniștit).

Caracterul. *Ansamblul trăsăturilor de atitudine față de mediul social, diferențiate prin educație pe fondul însușirilor tipului de sistem nervos.*

Temperamentul și caracterul formează un cuplu dinamic în interrelație continuă cu afectivitatea, gîndirea și voința, determinînd atitudinea (comportamentul) care este puternic deformat prin îmbolnăvirile psihice sau factori sociali negativi.

Tulburările de caracter (comportament) în ceea ce privește atitudinea față de lume, fără alterarea manifestă a funcțiilor de cunoaștere, caracterizează psihopatiile (pervertiri instinctivo-emoționale, egofilie, mitomanie, plasticitate morbidă, infracționism, narcofilie, automutilare, cverulență ambițioasă, — pervertiri ce pot ajunge pînă la agenezia sentimentelor moral-sociale — nebunia sau idioția morală).

Teste psihologice „prolective" și chestionare de personalitate :

— testul Rorschach ;

— C.A.T. (The cidren's Apperception) test-copii ;

— T.A.T. (Thematic Apperception test) ;

— testul Szondi ;

— inventarul de personalitate Minesota (M.M.P.I.) ;

— chestionarul W-19 (Woodworth-Mathews) ;

Scanned with CamScanner

— chestionarul S.A. (Sociabilitate-Altruism) ;
— chestionarul de personalitate al lui Robert G. Berurueter ;
— testul bestiarului (pentru copii) ;
— chestionar pentru anxietate (R. B. Cattell) ;
— chestionar pentru atitudini (H. J. Eysenck) ;
— chestionar (inventar) Psycho-Rater ; etc.

În condițiile examenului clinic psihiatric se poate folosi mai ușor *proba „alegerii valorilor"*, care urmărește aprecierea gradului de sintonie a subiectului investigat, adică în ce măsură acesta reușește să-și dezvăluie tendințele, interesele și preferințele sale (temperament extravertit) sau, dimpotrivă, în ce măsură are tendința de a se retrage în sine (temperament intravertit) sau este apatic (indiferent).

În plan clinic proba poate releva unele trăsături temperamentale deformate sau blocate de starea morbidă. Această probă simplă este ușor de aplicat, și prin valoarea sa practică se apropie de testele proiective mai sus enumerate, mult mai greu de aplicat și interpretat.

Proba constă în 35 cartonașe (ca un joc de cărți) pe fiecare dintre ele fiind scris un cuvînt cu semnificație ideo-afectivă relevantă, ca de exemplu :

Cîntare, Flori, Automobil, Bani, Pădure, Viață, Copii, Munți, Mîncare, Moarte, Muzeu, Familie, Liniște, Copilărie, Natura, Marea, Vin, Teatru, Primăvara, Bogăția, Cinematograf. Dulciuri, Bogății, Serate, Călătorii, Prieteni, Muzică.

Subiectul trebuie să citească mai întîi toate cuvintele de pe cartonașe și apoi este invitat să dea examinatorului 5 cartonașe, „indiferent care". Subiectul trebuie să dea de 3 ori cîte 5 cartonașe. În timpul examinării se reține tot ce face și vorbește subiectul.

Persoanele extravertite și bolnavii euforici sau anxioși „aleg" cuvinte potrivite stării lor, iar persoanele intravertite și de obicei schizofrenii „aleg" la întîmplare sau predau în bloc fără o prealabilă consultare.

Voința. *Capacitatea de comutare reflectorie a gîndirii în acțiune sau inacțiune în vederea realizării anumitor trebuințe sau scopuri diferențiate reflex condiționat prin discernămînt critic.*

Aspecte patologice :

— nehotărîrea — de la hipobulie la abulie — deliberare greoaie și inadecvată situativ, cu oscilații prelungite asupra oportunității deciziilor în cazul psihasteniilor, a depresiilor afective și în stările de epuizare a mozaicului cortical de excitație și inhibiție ;

— impulsivitatea — trecerea bruscă la acțiune fără deliberare critică adecvată, sau imposibilitatea de a frîna prevalența unei stări instinctivo-emoționale inadecvate (astenia iritabilă a nevroticilor, incapacitatea de frînare a reacțiilor instinctivo-emoționale a psiho-

Scanned with CamScanner

paţilor, toxicomanilor şi epilepticilor cu tulburări psihice) şi a psihoticilor ;

— raptusul — actul impulsiv fără discernămînt critic al melancolicilor, schizofrenilor şi epilepticilor în stare de crepuscul al conştiinţei ;

— activitatea monomanică — ca o consecinţă a unor stări ideoafective prevalente — în stările de strîmtorare a cunoştinţei la bolnavii cu psihastenie şi psihopatii. Cu o cunoştinţă vigilă, însă paralogică, la paranoiacii persecutat-persecutori sau cverulenţi ;

Cunoştinţa. *Capacitatea de integrare conştientă în mediu şi de proiectare în viitor, ca treaptă superioară de reflectare a lumii obiective în creerul uman.*

Tulburări ale cunoştinţei : stările fazice oniroide între veghe şi somn ; întunecarea cunoştinţei ; starea crepusculară pre — sau post — accesuală la epileptici ; inconştienţa, în dereglarea A.N.S., criza epileptică şi coma.

Nivelul de conştiinţă ca expresie integrală a personalităţii morbide :

— deformarea personalităţii cu păstrarea discernămîntului critic asupra interrelaţiilor sociale, în nevroze ;

— defectivitatea personalităţii (personalitate dizarmonică cu defectivităţi temperamental-caracteriale şi funcţii de cunoaştere satisfăcătoare) cu păstrarea discernămîntului critic, în psihopatii ;

— nivel inferior, pînă la agenezia cunoştinţei, în oligofrenii ;

— dislocarea personalităţii, cu pierderea discernămîntului critic asupra interrelaţiilor sociale, în psihoze ;

— involuţia personalităţii, cu deteriorarea progresivă a funcţiilor de cunoaştere, în demenţe .

V. Portretizarea tulburărilor constatate la examenul clinic şi de laborator.

VI. Diagnosticul.

VII Indicaţii terapeutice şi sociale.

FINTINARU · NECULAI ·

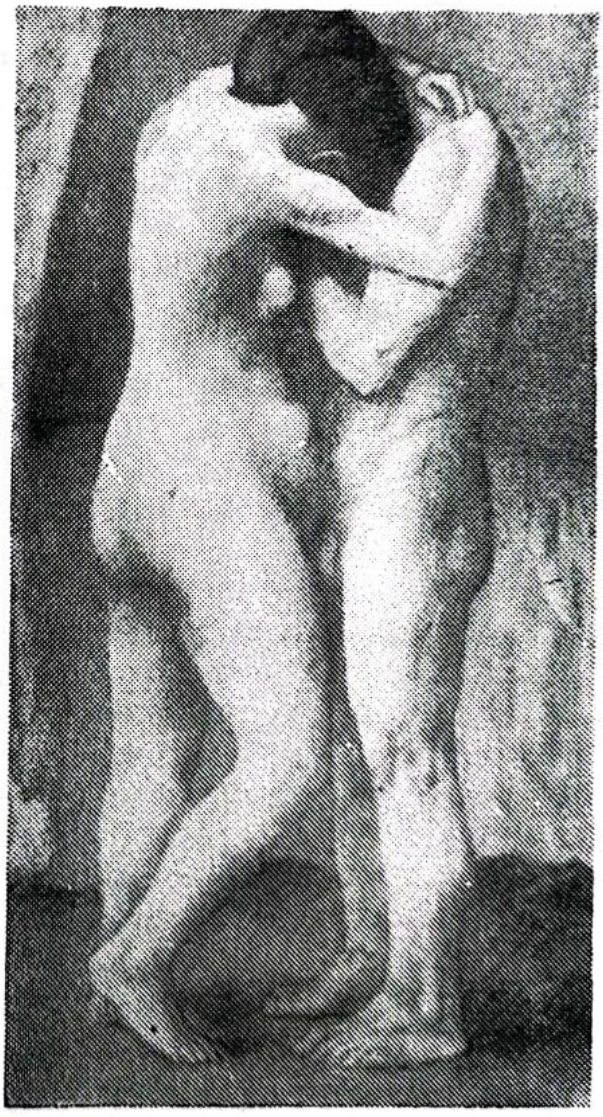
Scanned with CamScanner

Psihogeneza, expresie dinamică și unitară a interrelațiilor bio-psiho-sociale

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

Ontogeneză umană și risc mintal

Ce este esențial în noi, a fost și în strămoșii noștri ca particularități bio-psihologice, fiecare om fiind în același timp un unicat în al său etos și prin ale sale capacități și suferințe sufletești.



Pablo Picasso : „Îmbrățișare".

După cum este îndeobște cunoscut, însușirile (predispozițiile) fizice și psihice constituie factori ereditari înscriși ca informații genetice în cele 22 perechi de cromozomi cuprinși în fiecare celulă somatică, fiecare celulă posedînd în plus și o pereche de cromozomi sexuali (XX pentru sexul feminin și XY pentru sexul masculin). Numărul „genelor" (informațiilor ereditare) se apreciază a fi la om în număr de aproximativ un milion, fiecare microscopic cromozom, cu o lungime de abia 86,2 microni, „transportînd" aproximativ 20.000 „factori" ereditari. Această enormă concentrare a calităților speciei umane, engramate ca informații ereditare în microspațiul cromozomic, se realizează prin intermediul structurii filare a celor patru baze ale acidului dezoxiribonucleic, al cărui „scul", dacă ar fi desfășurat, s-ar întinde pe o lungime de aproximativ 6 000 km, la fiecare 10 metri aflîndu-se înscrisă o informație genetică.

Scanned with CamScanner

Extraordinarul sistem informațional, engramat prin cibernetica evolutivă (și selectivă în același timp) de-a lungul macrointervalului filogenetic pe canavaua structurilor moleculare ale acizilor nucleici, devine cu adevărat fantastic, dacă ne gîndim că după reunirea celor doi gameți sexuali, dezvoltarea viitoarei ființe umane trebuie să se deruleze apoi cu o precizie de lansaj cosmic. Astfel blastula inițială va deveni în cursul gestației, rînd pe rînd și oră cu oră, modelul somatic al speciilor pe care le moștenim, spre a ajunge, în cele din urmă, începînd din luna a IV-a, la o nouă secvență somatizată de ființă umană, sub ghidajul biochimic al proceseelor enzimatice.

Atunci cînd, dintr-o cauză oarecare, endogenă sau exogenă, se produce o perturbare în relațiile biochimice ale enzimelor cu multitudinea raporturilor dialectice dintre apoenzimele specifice și coenzimele nespecifice (reunite în haloenzime), prin variație concomitentă are loc o „zdruncinare" a evoluției firești a ființei în „așteptare" sau în formare, generînd boli sau predispoziții morbide, ereditare sau congenitale.

Dacă aceste boli pot să aibă uneori caracterul unei transmiteri genetice ca atare, în alte situații ele sînt consecința transmiterii unor *predispoziții biochimice*, în sensul unui teren constituțional zdruncinat sau fragilizat, care, în anumite relații endo-exogene, permite decompensarea funcțională a creierului și în consecință apariția tardivă a demodulărilor sau îmbolnăvirilor psihice.

Semnificația terenului predispozant se manifestă dealtfel și în cazul bolilor genetice, aceste boli apărînd într-o anumită relație ilikibiologică, respectiv în diverse stadii de evoluție cronologică a individului.

Perturbarea biochimică, în sensul „terenului" constituțional „zdruncinat", noi o înțelegem, în cadrul psihiatriei, ca o „encefalodistrofie", adică o perturbare moleculară a nutriției cerebrale. În anumite condiții endo-exogene, encefalodistrofia se poate decompensa sub forma unor tulburări sau boli psihice, după cum acestea pot apoi să se remită spontan (și cu atît mai bine cu un tratament corespunzător), prin reechilibrarea substratului metabolic perturbat.

Din aceste date orientative, am dori să se rețină perspectivele deosebite deschise medicinii contemporane prin descifrarea semnificației factorilor eredo-congenitali în patologia mintală, cunoaștere datorită căreia omul devine „egalul zeilor", preîntîmpinînd sau corectînd însuși greșelile de matrițare ale propriei sale naturi, după cum visau înțelepții ce înfruntau mileniile obscure dintre ei și noi.

Factori de risc eredo-congenital

Cercetările contemporane și în primul rînd studiul gemenilor univitelini, relevă că oligofrenia, psihopatia, boala epileptică, psihozele endogene și unele demențe pot fi transmise genetic, în mod

Scanned with CamScanner

dominant sau recesiv, cu sau fără predilecție pentru un anumit sex, însă mai frecvent cînd ambii părinți sînt afectați de o boală mintală endogenă. În cazul schizofreniei s-ar produce, de exemplu, o transmitere — de predilecție recesivă — într-o proporție de 10—15% cînd unul din părinți suferă de schizofrenie și de peste 60% cînd ambii părinți sînt afectați de această boală ; în oligofrenie, într-o proporție de cca 50% cînd unul din părinți este deficient mintal și de peste 80% cînd ambii părinți sînt oligofreni. De asemenea, în familiile persoanelor afectate de psihosindroame endogene — între care și nevroza vera (constituțională) — frecvența diferitelor dezordini mintale ar fi cu aproximativ 30% mai crescută comparativ cu familiile genitorilor sănătoși.

Incompatibilitatea sanguină prin factorul Rhesus (mama Rh^-, tatăl Rh^+) — jugulabilă prin administrare de imuno-globuline anti Rh — constituie un exemplu de incompatibilitate imunobiologică genetică, care se însoțește, la cca 25% din cazuri, de icter nuclear provocat prin creșterea autoaglutinelor Rh^- în timpul dezvoltării produsului gestant *, incompatibilitate care se agravează prin repetarea sarcinilor, pînă la instalarea unor deficite neuropsihice invalidante prin masivitatea distrucțiilor cerebrale.

Datorită particularităților de viciere metabolică, imunitară sau enzimatică, încă insuficient clarificată în toate situațiile, unele boli eredo-familiale devin manifeste clinic în cursul primei copilării ca în cazul unor oligofrenii, altele la pubertate ca în cazul epilepsiei mioclonice Unverricht-Lundborg, unele psihoze endogene la vîrsta tînără, coreea cronică și demențele presenile tip Pick și Alzheimer după 40 ani, iar presbiofreniile familiale după 60 ani.

*

Semnificația epidemiologică a bolilor mintale ereditare specifice sau a disgeneziilor predispozante este depășită ca frecvență de cauzele encefalodistrofiante congenitale.

Noxele care acționează în cursul gestației pot să invalideze de la început dezvoltarea neuropsihică sau să zdruncine substratul metabolic al nutriției cerebrale, astfel încît, în condițiile solicitărilor adaptative bio-psiho-sociale de mai tîrziu, să favorizeze apariția unor boli sau sindroame psihice.

Influența negativă mutagenă, imunitară, toxică sau carențială pe care o pot exercita diferitele noxe asupra gameților sexuali și a produsului gestant devine cu atît mai severă cu cît se produce mai precoce, malformațiile marcînd în mod caracteristic substratul embrionar al unor tulburări psihice tardive.

---

* Icterul nuclear poate să apară și în cazul incompatibilității grupelor sangvine A, B și AB, sau al unei hiperglobulinemii (considerată de unii autori ca fiind de asemenea de natură genetică).

Scanned with CamScanner

Factori toxici și carențiali

Alcoolul. Riscul unei perturbări psihice tardive determinat de intoxicația alcoolică acută a congenitorilor în momentul procreației, sau a mamei în timpul sarcinii, constituie un fapt de observație empirică multimilenară. Astfel, în textele Susrutei indiene se consemnează că gravida trebuie ferită de emoții și alcool, altfel riscînd să nască un epileptic sau un idiot. Observațiile experimentale moderne confirmă acțiunea nocivă a alcoolului asupra celulelor germinale și a dezvoltării embriofetale și nu exclude posibilitatea influenței emoțiilor negative asupra produsului gestant *.

Un efect negativ apropiat îl pot determina și carențele alimentare sau dezechilibrele umorale și endocrine ale mamei asupra produsului gestant, al căror exemplu caracteristic îl constituie hipotiroidismul congenital.

Citostaticele, între care și unele anticoncepționale, pot să influențeze negativ embriogeneza prin efectele lor toxice plasmatice.

Barbituricele, substanțele morfinice, neurolepticele și toate stupefiantele în general, pot influența negativ embriogeneza, îndeosebi cînd sînt utilizate în cantități mari și timp îndelungat.

Vitaminele și Antibioticele. Excesul de vitamina D_2 poate provoca hipercalcificări ale oaselor craniene, cît și depozitări calcare în viscere, iar vitamina K hiperbilirubinemii, după cum antibioticele administrate în doze excesive pot exercita, de asemenea, influențe nocive asupra produsului gestant.

Intoxicațiile profesionale (uneori inaparente) provocate prin oxid de carbon, sulfură de carbon, cloretilen, tetraclorură de carbon, cianură de mercur, plumb, substanțe benzenice, hidrogen sulfurat etc, constituie factori patogeni embriofetali.

Un aspect inedit al intoxicațiilor chimice cronice inaparente, care se impune atenției în condițiile societății contemporane, îl constituie riscul congenital sub influența poluării mediului.

Factori fizici

Radiațiile ionizante au acțiune nocivă manifestă asupra dezvoltării embriofetale : cantitatea de 2—5 R poate provoca efecte mutagene, pînă la 6 luni ; peste 100 R în prima săptămînă, poate provoca moartea oului sau dezvoltare anormală ; între 2—7 săptămîni, imaturația blastulei ; după trei luni, tulburări în dezvoltarea gonadică.

---

* Influența emoțiilor negative asupra produsului gestant poate să se producă între altele și prin intermediul unor metaboliți catecolaminici cu efect neurotoxic, care se aglomerează în asemenea situații.

Scanned with CamScanner

Exceptînd traumatismele contuzive patente, deşi nu se cunoaşte încă cu certitudine în ce măsură alţi agenţi fizici, ca de pildă cei din banda reverberaţiilor infrasonice se repercută negativ asupra dezvoltării embrio-fetale, nu se poate exclude totuşi posibilitatea unui risc congenital indus şi de asemenea factori.

Factori infecţioşi

Bolile infecto-contagioase şi virotice, pe care le contractează mama în timpul graviditătii, se pot reflecta negativ asupra dezvoltării embrio-fetale, reţinîndu-se pe primul plan următoarele embriopatii specifice :

— *embriopatia rubeolică.* Rubeola contractată în primele trei luni de graviditate poate determina o embriopatie cu disgenezie psihică ulterioară, care nu se mai poate produce cînd boala este contractată în stadiul fetal, adică începînd din luna a IV-a de graviditate ;

Embriopatia toxoplasmozică şi sifilitică. Infecţia cu toxoplasmă sau spirocheta pallidum, adeseori inaparente clinic la mamă (însă decelabile prin reacţia de fixare a complementului), trecînd bariera plancentară, determină embriopatii de o deosebită severitate ;

— în ceea ce priveşte influenţa embriopatică a unor boli infecţioase, deşi datele clinice nu sînt suficient de concludente, se mai ia în considerare riscul tuberculozei în general şi a organelor genitale în special, sau a unor viroze ca gripa, varicela, variola, oreillonul, hepatita epidemică etc.

Factori utero-placentari, ca implantarea placentară vicioasă sau traumatismele uterine, pot determina leziuni vasculare cu influenţă negativă asupra dezvoltării embrio-foetale.

Prematuritatea, atunci cînd nu este rezultatul unor dismetabolisme genetice sau al unor embriopatii congenitale, nu constituie de regulă un factor de risc asupra dezvoltării psihice de mai tîrziu.

Distociile şi hipoxiile, cînd nu se însoţesc de leziuni encefalice, nu constituie obligatoriu factori de risc, cunoscîndu-se rezistenţa mai crescută a neuronilor la privaţiunea de oxigen, pînă în momentul instalării respiraţiei aerobe.

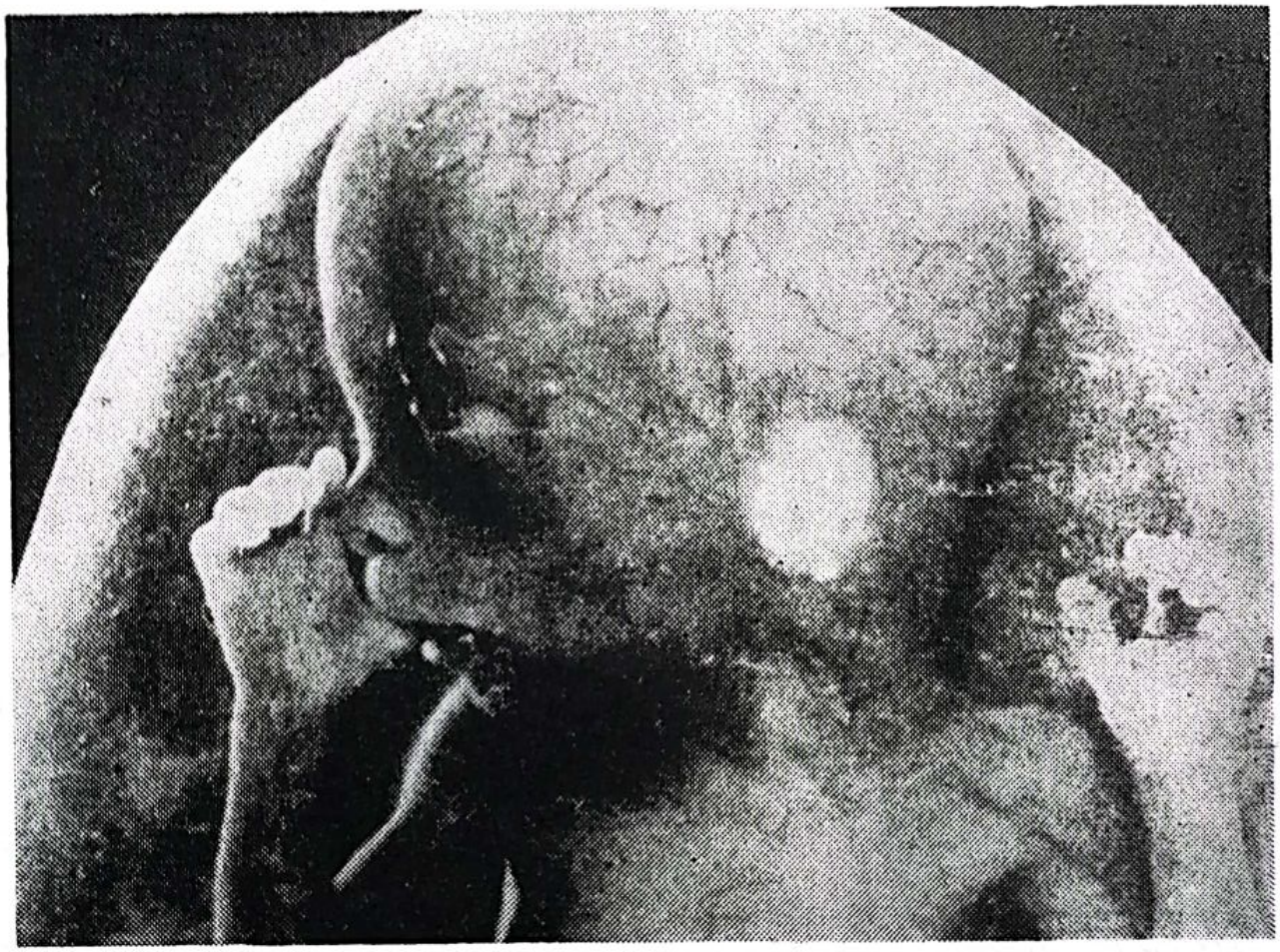
Dinamica stadială, particularitate dominantă în ontogeneza psihismului infantil

Dezvoltarea activităţii psihice relevă o evidentă corelaţie cu stadiile evoluţiei biologice, stadialitate pe care Parhon a denumit-o atît de sugestiv „Ilikiobiologie".

Biologia vîrstelor reflectă în acelaşi timp şi particularităţile ilikipsihologice, de la expansivitatea ludică infantilo-juvenilă, la sintezele creatoare ale vîrstei adulte şi înţelepciunea vîrstei înaintate.

Scanned with CamScanner

În momentul naşterii, copilul este încă decerebrat, avînd mielinizate doar fibrele scurte medulo-bulbare prin care îşi asigură funcţiile vitale elementare, deşi posedă echipamentul neuronal cerebral completat încă din a şaptea lună de viaţă intrauterină (situaţie care



Fotografia intrauterină a unui fetus de 18 săptămîni, realizată de Lennart Nilson.

(Apud *Paris match)*

explică posibilitatea unei motricităţi complicate, ca sugerea degetului încă din a 18-a săptămînă).

Biologia primei copilării (0—3 ani) este dominată de maturizarea tumultuoasă a sistemelor morfo-funcţionale preexistente genetic în matriţele moleculare, somatizate în decursul dezvoltării embrio-fetale.

*Concomitent cu mielinizarea stadială a structurilor cerebrale, psihogeneza evoluează, încă din momentul naşterii, sub influenţa modulator-formativă a comportamentului uman, obligatoriu pentru diferenţierea reflex-condiţionată a limbajului, de la reactivitatea protopatetică * la cunoaştere.*

---

* Abbot a creat termenul de *stare protopatetică* spre a denumi forma primitivă de reactivitate senzorio-motorie difuză („reactivitatea afectivă") caracteristică noilor născuţi.

Scanned with CamScanner

În primele două luni, mielinizarea se extinde repede de la fibrele medulo-bulbare asupra cîmpurilor primordiale rolandice și a centrilor intermediari; mielinizarea fibrelor tangențiale din zona vorbirii (T_1 și F_2) începe însă abia în luna 6—8 spre a cuprinde apoi progresiv, în decursul primilor cinci ani, cîmpurile corticale corespunzătoare coordonării gnozeo-praxice.

După vîrsta de cinci ani, mielinizarea structurilor corticale și îndeosebi a cîmpurilor gnozeo-praxice, continuă să se producă, lent-progresiv, pînă la vîrsta adultă (Flechsig, Marinescu etc.).

Procesualitatea stadială a mielinizării structurilor cerebrale, care presupune o complexitate de procese biochimice evolutive, ne face să înțelegem de ce, încă din primele momente, copilul are nevoie de influența modulator-formativă a comportamentului uman pentru diferențierea ontogenezei sale psihice; înțelegem astfel semnificația situațiilor de privațiune a comportamentului afectiv maternal încă din primele zile, fiecare moment evolutiv al maturizării structurilor morfo-funcționale cerebrale fiind ireversibil în relația sa psihologică.

Referindu-se la rolul reflexelor condiționate în formarea psihismului, Gh. Marinescu și iluștrii săi colaboratori afirmau în 1931 :

> *In organism totul este reflex, determinat de mediul exterior. Individul se comportă față de ambianță prin reflexe din ce în ce mai complicate, în raport cu dezvoltarea și mielinizarea centrilor nervoși. Reflexele condiționate, achiziție recentă, sînt apte a se perfecționa. Prin evoluție se ajunge la reflexe condiționate care dau limbajul și gîndirea.*
>
> *Grație acestor reflexe, copilul trece de la limbajul emotiv, țipătul de durere sau de bucurie, la denumirea obiectelor celor mai apropiate. De aici și pînă la formarea adjectivelor și frazelor este nevoie de o lungă experiență.*
>
> *Psihismul este în raport intim cu reflexele condiționate care sînt la baza abstracțiunilor noastre* *.

Totodată, luînd în considerare faptul că scoarța cerebrală este constituită, încă din momentul nașterii, din 14 miliarde de neuroni care pot stabili o multitudine de legături temporare, realizăm o reprezentare a posibilităților dezvoltării informaționale nelimitate a minții omenești în perspectiva dinamicii ontogenetice și social-istorice, prin intermediul cuvîntului ca semnal condițional specific uman, în anumite condiții date.

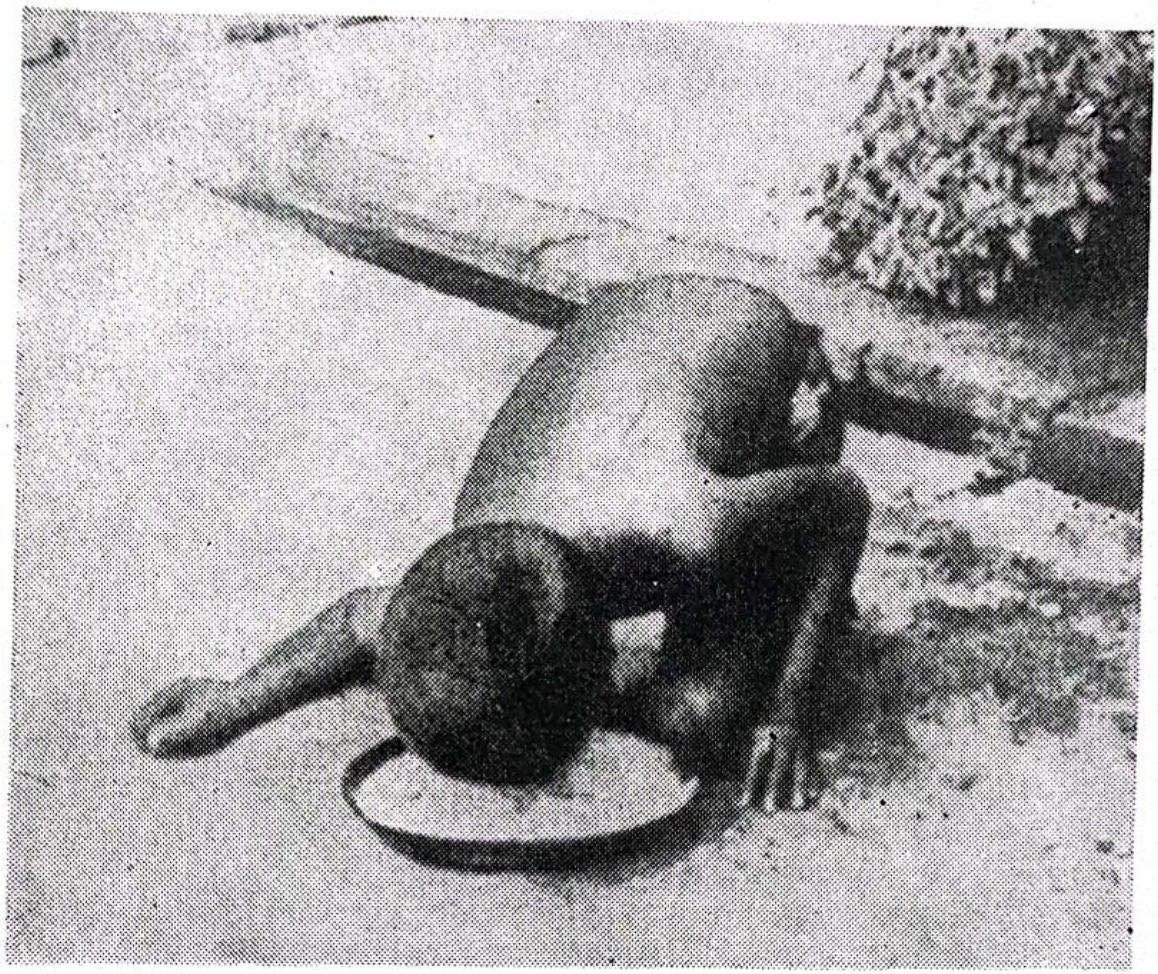
Personalitatea umană, cu diferitele ei nuanțări individuale, determinate de tipul de sistem nervos și educație, se află în continuă

---

* Gh. Marinescu, O. Sager, A. Kreindler : *Importanța reflexelor condiționate în studiul nevrozelor și tulburărilor de vorbire*. Bul. de la Soc. Roumaine de Neurol. Psychol. Psych. et Endocr. 1931, Nr. 1—3.

Scanned with CamScanner

orientare adaptativă sub influența interdependenței factorilor biologici și sociali. În consecință, personalitatea umană poate prezenta și diferite situații psihice dezadaptative, reversibile sau ireversibile, ca urmare a unor condiții biogene sau sociogene negative. Se expli-



Kamala din Midnapore luîndu-și prînzul.

Crescută pînă la 9 ani în „societatea lupilor", deși a fost educată apoi cu atenție pînă la 17 ani, cînd a murit, nu a reușit totuși să-și însușească decît un vocabular de 47 cuvinte, păstrînd în același timp, în largă măsură, comportamentul animalic.

(Apud V. Valois : *Les enfants loups*, La Nature, 1958, nr. 1)

că astfel de ce psihologia și în corolar psihiatria au un caracter dinamic în raport cu dezvoltarea unei anumite societăți, dezvoltare care implică aspecte diferite de genetică, morbiditate generală, nivel economic-cultural și orientare ideologică.

Înțelegerea monistă, materialist-științifică, a perturbărilor personalității, nu implică însă confundarea, cauzelor care determină

Scanned with CamScanner

tulburări morfo-funcționale encefalice cu aberațiile caracteriale condiționate de cauzele mediului ambiant * **.

Admițînd ca posibilă creșterea unor copii de către animale, ne impresionează faptul că aceștia nu mai sînt capabili să-și însușească limbajul și să-și dezvolte gîndirea, cu toate eforturile educative depuse, dacă descoperirea lor survine după prima copilărie. Pe de altă parte, instalarea, după prima copilărie, a unor defecțiuni plurisenzoriale deosebit de grave ca surdomutitatea asociată cu orbirea, permit dezvoltarea gîndirii în condițiile unei educații defectologice corespunzătoare, situație atît de sugestiv exprimată de Scorohodova în tulburătoarea sa carte : *Cum percep lumea exterioară.*

Exemplele date urmăresc să atragă atenția, prin particularitatea lor, asupra corelației dinamice concomitente dintre dezvoltarea morfologică stadială a scoarței cerebrale și intervenția modulator-formativă obligatorie a factorilor social-educativi în edificarea personalității, *Cuvîntul* — în sensul larg al accepțiunii sale expresive — acționînd ca un *Semnal* integrator de al doilea ordin în elaborarea reflexelor condiționate (pe baza cărora se fundamentează condiția ideo-afectivă și volitivă a individualității umane).

•

Cunoașterea stadiilor dezvoltării psihismului infantil permite o diagnosticare precoce a disgeneziilor care vor deveni manifeste mai tîrziu, precizare remarcabilă de pildă în cazul oligofreniilor enzimoprive datorită posibilității vindecării acestora prin dietă corectoare, cît și pentru evitarea unor noi nașteri în cazul bolilor eredo-familiale, ireductibile pînă în prezent.

Prima lună : hipertonie în flexie cu instabilitate motorie (mișcări incoordonate de pedală, grimase tonice, clonus al mandibulei, bradikinezia capului). Declanșarea promptă a reflexului de sugere la atingerea buzelor.

Excitațiile extero- și intero-ceptive sînt receționate protopatetic, determinînd o mare difuziune motorie și emoțională nediferențiată *, stare protopatetică ce se epuizează la copilul sănătos prin alimentare în condițiile unui microclimat conforbatil (verbele a mîngîia și a dezmierda, ce derivă din „manganare" și „desmerdere", au avut inițial sensul de a liniști copilul mic prin curățire și hrănire la sîn).

---

* P. Brânzei, Gh. Scripcaru, T. Pirozynski : *Comportamentul aberant în relațiile cu mediul,* Ed. Junimea, Iași, 1970.

** *Adolescență și adaptare.* (Red.) P. Brânzei, Ed. Centrul pentru problemele tineretului, 1974.

* Atonia și areactivitatea protopatetică are o semnificație patologică manifestă în ceea ce privește dezvoltarea neuropsihică.

Scanned with CamScanner

Luna a 2-a : Fixează capul cînd este susținut din spate. Culcat pe spate, ridică brațele. Apare reflexul de prehensiune cu flectarea degetelor la atingerea palmelor.

Urmărește cu privirea persoanele în mișcare și fixează susținut un obiect strălucitor sau un inel roșu mișcat în fața sa. Reacționează la voci întorcînd capul și fixînd privirea în direcția respectivă. Mișcă umerii spre a fi ridicat în brațe, bate apa cu picioarele în baie.

Luna a 3-a : Ține capul în axul corpului cînd este sprijinit de umeri ; culcat pe burtă, ridică trunchiul sprijinindu-se în mîini. Susținut din axile, se sprijină pe picioare.

La prezentarea unor obiecte strălucitoare schițează gesturi de prehensiune. Începe să ducă obiectele la gură.

Începe conturarea comportamentului afectiv ; recunoaște persoanele apropiate ; răspunde la surîs, vorbirea calmă, mîngîitoare și mimajul afectuos sau muzica adecvată îl dispune și-i liniștește plînsul, iar zgomotele neașteptate și atitudinea precipitată îl înspăimîntă *.

Lunile 4—5 : Ține bine capul cînd este purtat în brațe. Se întoarce de pe spate pe burtă. Ținut de mîini se ridică în șezut, și poate sta așezat, sprijinit pe o pernă. Sprijinit din axile se ține bine în picioare. Apucă obiectele cu ambele mîini, le reține, le duce la gură. Ținut pe genunchi în fața mesei, bate cu palmele, urmărește deplasarea lentă a unui obiect, întorcînd privirea după el. Face cunoștință cu propriul său corp, studiindu-și inițial mîinile. Se diferențiază rîsul, și la jocul pantomimic se distrează emițînd sunete de satisfacție ; se supără cînd este sîcîit ; își manifestă energic dorința de a fi purtat în brațe sau plimbat.

Lunile 6—7 : Apar primii dinți. Se ridică în șezut, ajutîndu-se cu mîinile ; se tîrăște pe mîini și genunchi ; se întoarce de pe burtă pe spate, pășește sprijinit de trunchi.

Se diferențiază bucuria jocului, își alege jucăria, așezat la masă bate cu palmele sau cu lingurița manifestînd nerăbdarea de a mînca. Concomitent cu mielinizarea fibrelor nervoase din zona vorbirii (circumvoluția temporală 1 și frontală 3), începe pronunția fonemică (silabică) schițînd stadiul preverbal prin identificarea și diferențierea unor situații familiale. Caută să atingă cu mîna ima-

---

* În primul trimestru electroencefalograma este predominată de potențiale de slab voltaj, iar închiderea ochilor nu modifică traseul.

Începînd cu al doilea trimestru apar primele schițări ale „reacției de oprire" (desincronizare) la deschiderea ochilor sau fixarea privirii asupra unui fenomen senzorial.

Scanned with CamScanner

ginea din oglindă, începe să studieze jucăriile și își manifestă satisfacția cînd intră în posesia unui obiect dorit *.

Lunile 8—9: tendință la atitudine verticală; se sprijină de obiecte ridicîndu-se în picioare. Se așază fără ajutor, pășește susținut de ambele mîini, apoi de-a lungul obiectelor fixe. Dispare reflexul de prehensiune la excitarea palmară; motilitatea mai perfecționată, cu manipulare ambidextră a obiectelor.

Lunile 10—11: silabisește și efectuează mișcări simple imitînd pe cei din jur, începe diferențierea sensului aprobativ sau interdictiv față de pulsionările sale. Îl atrage muzica și jocul ritmat, își identifică imaginea în oglindă cu interes și bucurie.

Stă în picioare nesprijinit, merge ținut de mînă. Denumește fonemic obiectele cunoscute, se concentrează asupra jocului și îl preocupă noile imagini; localizează epicritic o senzație dureroasă, ducînd mîna la locul afectat.

Luna a 12: începe să meargă și să mănînce singur. Pronunță primele cuvinte raportate la obiectele și persoanele din juru-i; efectuează la cerere mici acțiuni utile și începe să-și controleze sfincterele **.

1—2 ani: stadiul premergător constituirii limbajului vorbit, corespunde cu dispariția eretismului piramidal.

Cuvintele care anterior fuseseră însușite imitativ devin „locutorii" (Demoussette și Pichot), adică sînt raportate la necesitățile personale prin prelucrarea reflex-condiționată a experienței senzorio-motorii și sub influența obligatorie modulator-formativă a educației umane.

Spre sfîrșitul acestui stadiu de maturizare corticală, se produce perfecționarea pronunției și începutul construirii frazelor simple, compuse din 2, 3 și apoi 5 cuvinte, prin care copilul mic definește „delocutoriu" obiectele și ființele din jurul său, El (subiectul) denumindu-se la persoana a treia. La sfîrșitul acestui stadiu, copilul își controlează cu eficiență sfincterele, ajută la îmbrăcat și se servește de linguriță.

2—3 ani: stadiul constituirii limbajului vorbit, coincide cu terminarea mielinizării căilor piramidale (dispariția semnului Babinski și instalarea fiziologică a hipotoniei cu laxitate ligamentară).

În acest stadiu copilul trece de la faza delocutorie la stabilirea unui nivel primar de conștiință prelogică a persoanei proprii, folosind pronumele „eu" și „mie", în raporturile pe care le stabilește între lumea obiectivă și pulsionările sale subiective.

---

* La sfîrșitul celui de al doilea trimestru, activitatea bioelectrică occipitală devine ritmică în momentul cînd copilul face prehensiunea intențională a unui obiect.

** La vîrsta de un an, pe traseul EEG apar primele forme de hipersincronism paroxistic la adormire.

Scanned with CamScanner

Copilul nu are încă la această vîrstă posibilitatea folosirii integrale a verbului, care se va perfecționa progresiv pînă la vîrsta de 7 ani *.

3—4 ani: stadiul configurării gîndirii concrete coincide cu dispariția progresivă a hipotoniei musculare. Copilul diferențiază deja noțiunile elementare de timp și spațiu (noapte — zi, astăzi, ieri, mîine); identifică un itinerar simplu și amplasarea propriei locuințe, cît și raporturi interpersonale posesive. Puseu gramatical de corectare continuă a limbajului și de îmbogățire a vocabularului pentru a interoga și a cere. Folosește amplu monologul și dialogul, are capacitatea reprezentării lumii concrete, pe care o trăiește imaginativ, ascultînd sau reproducînd o povestire ce-l interesează.

4—5 ani: stadiul configurării nucleului primar al personalității, corespunde cu finisarea mielinizării cîmpurilor corticale de coordonare gnozeo-praxică.

Îmbogățirea și înlănțuirea noțiunilor de percepere temporo-spațială, cu reprezentarea lor mintală: dezvoltarea dialogului pe tema „ce este" din setea de a cunoaște lumea reală și a sincretizării acesteia cu aspirațiile sale ludice, basmul apărîndu-i astfel tot atît de veridic precum însăși realitatea, concomitent cu configurarea polarității elementare a sentimentelor de echitate și atașament.

5—7 ani: stadiul configurării trăsăturilor sociale ale personalității, prin dezvoltarea preocupărilor legate de jocul colectiv și învățare, în raport cu împlinirea funcțiilor intelectuale, structura temperamentală și mediul familial ca element modulator-formativ al caracterului **.

7—10 ani: stadiul configurării gîndirii logice și al conduitelor sociale, prin stabilirea de relații de cauzalitate și însușirea prin procesul educativ al conduitelor etice directoare față de pulsionările instinctiv-emoționale ***.

10—12 ani: Stadiul prepuberal. Perfecționarea gîndirii logice formale în raport cu mediul social și deschiderea perspectivelor cunoașterii abstracte.

12—14 ani: Stadiul puberal. Diferențierea gonadică, stăpînirea și disimularea pulsionărilor instictiv-emoționale și dezvoltarea sentimentelor de responsabilitate moral-socială ****.

---

* Perioada primei copilării 0—3 ani) este predominată de ritmul lent delta.

La sfîrșitul primei copilării, traseul EEG în stare vigilă comportă asemănări cu faza de adormire a adultului.

** În stadiul 3—8 ani traseul electroencefalografic este caracterizat prin predominanța undelor lente teta.

*** Stadiul 8—10 ani este caracterizat prin predominanța ritmului 8-12 c/s, cu predominanță posterioară, asemănător vîrstei adulte.

**** Preadolescența (14—16 ani) coincide cu integrarea figurii normale EEG pentru vîrsta adultă, compusă din 10 cicli pe secundă în condiții de vigilitate, repaos destins și cu ochii închiși.

Scanned with CamScanner

14—17 ani: Stadiul nuclear al adolescenței, cu definitivarea caracterului și orientării sociale, pe baza diferențierii experienței instructiv-educative față de fondul temperamental instinctiv-emoțional. Vîrsta căutărilor ideale și a pasiunilor altruiste, cît și a încercărilor vicioase sau a demodulărilor comportamentale dezadaptative.

Demodularea senzorio-motorie, factor de estimare a riscului mintal potențial

> *Copilul care a avut primii dinți la 6 luni, care merge normal la 12 luni, pronunță primele fraze la 18 luni, este curat la 15 luni, se va dezvolta normal în ceea ce privește inteligența și caracterul.*
>
> (G. Heuyer)

Aforismul evidențiază teoretic importanța cunoașterii stadialității dezvoltării senzorio-motorii în prima copilărie, pentru aprecierea perspectivelor psihice ulterioare. În realitate, existența congenitală sau instalarea unor suferințe cerebrale în perioada primei copilării, coincide cu o întîrziere sau o regresie a funcțiilor psihice, ce depășește cu un trimestru stadialitatea dezvoltării normale. Experiența clinică precizează cu precădere semnificația latenței dintre pronunțarea primelor cuvinte adaptate la obiect (care se produce la 9—12 luni) și formarea frazelor simple (care se produce în jurul a 18 luni).

Se remarcă faptul că este mai favorabilă întîrzierea primelor cuvinte, decît întîrzierea vorbirii (care poate fi provocată și de traume emoționale care acționează ca factor inhibitor).

Concomitent cu dificultățile configurării limbajului, devin manifeste și deficiențele dezvoltării motorii :

— *persistența reflexului Collin peste 12 luni* (extensia degetelor și flectarea piciorului pe gambă la excitarea marginii dorso-externe a piciorului cu un vîrf bont, normal pînă la 6 luni) și a semnului *Babinski* peste 3 ani (normal pînă la 2 ani) ;

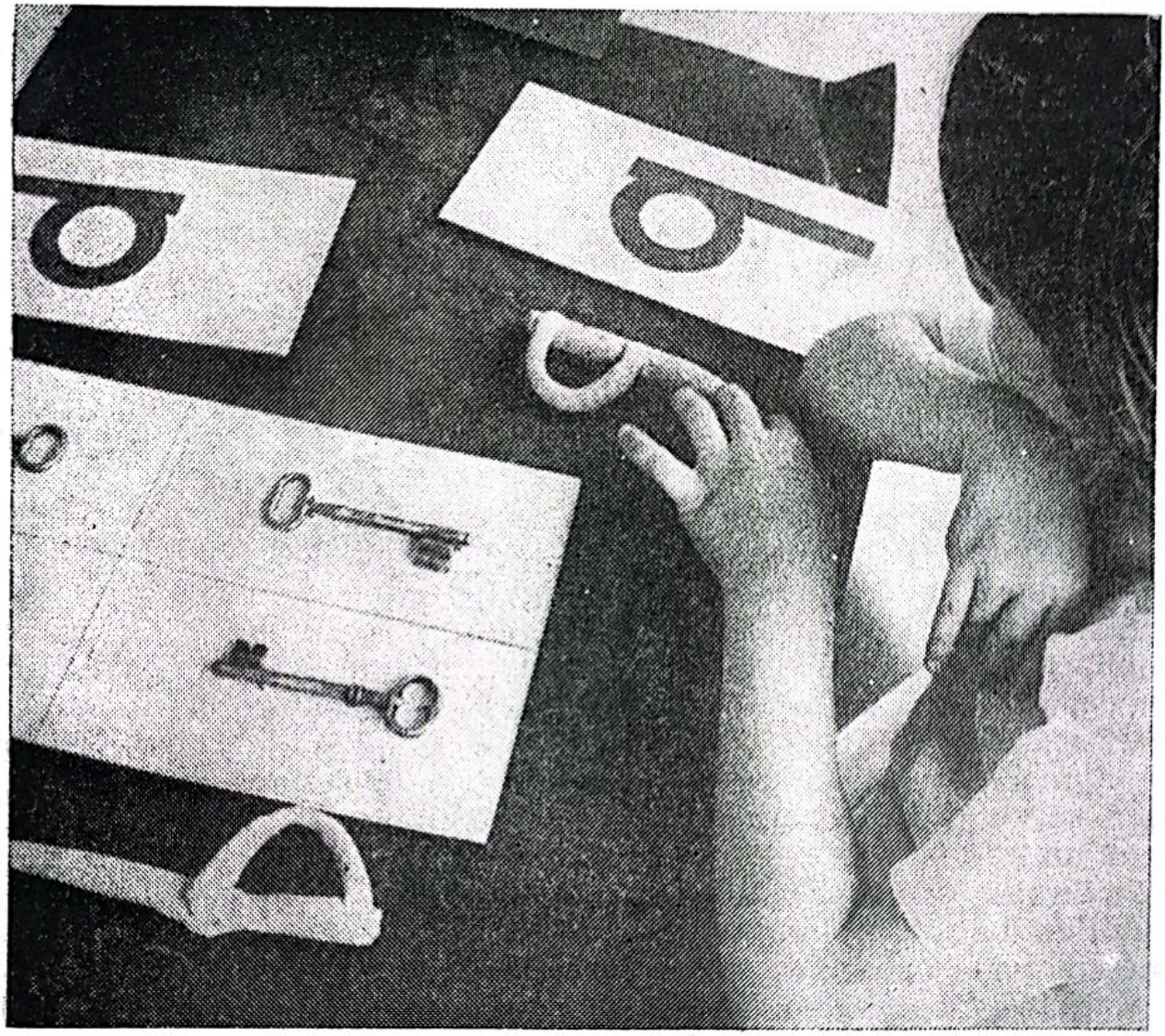
— *persistența hipertoniei musculare* în flexie peste 6 luni și în extensie peste un an, sau a hipotoniei peste 3 ani (hipotonia și laxitatea este fiziologică între 1—3 ani) ;

— *întîrzierea integrării reflexelor cutanate abdominale* peste 12 luni ;

— *persistența atitudinilor posturale și a paratoniei active* (dificultatea sau imposibilitatea copilului de a obține relaxarea musculară, sau de a efectua un act motor unilateralizat, peste vîrsta de 3 ani) ;

Scanned with CamScanner

— *persistența exagerării reflexelor osteo-tendinoase* (uneori cu difuziunea lor controlaterală) peste 3 ani și îndeosebi extinderea zonelor reflexogene (producerea reflexelor tendinoase la percuția interscapulară, lombo-sacrată sau sternală).



Copil dislexic în curs de instruire.

(Apud *Santé du Monde)*

Deficiențele motorii au deseori un caracter mai atenuat, realizînd în complexitatea lor *sindromul debilității motorii* (Dupré și Merklen), care devine remarcabil în faza celei de a doua copilării (3—7 ani) prin neîndemînare în efectuarea unor acte mai complexe : folosirea tacîmurilor, prinderea mingii și mai ales saltul cu picioarele lipite (proba Fay). În cadrul debilității motorii, autorii citați omologhează și enurezisul persistent, dislaliile și ticurile.

Concomitent cu instalarea suferinței encefalice la copilul mic se poate produce și regresiunea tranzitorie sau ireversibilă a funcțiilor psihice, în ultima situație producîndu-se *o demență* (cu atît

Scanned with CamScanner

mai greu de diferențiat de oligofreniile congenitale, cu cît suferința cerebrală se instalează mai precoce). Practic vorbind, întrucît nu există o diferențiere propriu-zisă a personalității pînă la vîrsta de 3 ani, defectivitatea ireversibilă a funcțiilor de cunoaștere, instalată în prima copilărie, se omologhează în categoria oligofreniilor.

În cazul suferințelor cerebrale reversibile survenite în primii 3 ani, concomitent cu regresiunea deficitului neurologic se constată și reabilitarea (restructurarea) integrală sau parțială a funcțiilor psihice. Totodată, se remarcă influența favorabilă pe care o exercită asupra dezvoltării psihice reeducarea senzorio-motorie (kinezite-rapia), cît și posibilitatea diferențierii sindroamelor psihice de cele neurologice după vîrsta de 3 ani.

În patologia senzorio-motorie a copilului mic, un loc deosebit îl ocupă tulburările de vorbire, care pot fi confundate cu oligofrenia sau demența, deși în realitate ele pot beneficia de o educare defectologică adecvată, ca în cazul apraxiilor și afaziilor congenitale, a sechelelor encefalitice post-natale, sau a surdomutității.

Vîrsta mintală și coeficientul de inteligență

Dacă testele motorii * au o mai restrînsă utilizare, în schimb se folosesc cu mare amploare diferite teste de apreciere a „vîrstei mintale". Testele de apreciere a vîrstei mintale derivă sau constituie variante la *scara metrică a inteligenței*, elaborată în 1905 de Binet și Simon (la care a colaborat și N. Vaschide), scară revizuită de Binet împreună cu Terman și apoi de Terman și Merill (1937). Datorită simplității sale, scara clasică Binet Simon se utilizează cu folos și în prezent. Testul constă în probe de dificultate crescîndă pentru fiecare an de vîrstă mintală (începînd de la trei ani), adunarea lor redînd „nivelul dezvoltării intelectuale" pînă la vîrsta de 13 ani. Pe baza scării Binet-Simon se apreciază că la idioți nivelul intelectual nu depășește vîrsta de trei ani, la imbecili șapte ani, la debili mintali zece ani (limita inteligenței de mijloc fiind considerată a corespunde vîrstei mintale de 13 ani).

O informare interesantă privind evoluția cronologică a nivelului psihic este obținută prin metoda „scării" D. Wechsler, psiholog la spitalul Bellevue, denumită în mod uzual W. B.

W. B. se compune dintr-o baterie de teste, prin intermediul cărora se obține o informare evident mai complexă decît prin scara Binet-Simon, cu privire la estimarea „cîtului de inteligență".

---

* Pentru aprecierea integrării stadiale neuro-motorii, Ozeretzki a etalonat în 1923 o *scară metrică privind cercetarea detaliată a capacității motorii la copii*, revizuită de Gilman în 1948 *(Teste motorii și teste psihomotorii)*.

Scanned with CamScanner

Prelucrarea constă în cotarea separată a fiecărei probe în parte din bateria folosită, grupate pe răspunsuri verbale și neverbale sau de performanță, „cîtul intelectual“

$$Q.\ I. = \frac{\text{vîrsta mintală} \times 100}{\text{vîrsta cronologică}}$$

rezultînd din totalul testelor, la care se aplică corecții standard.

De la concret la abstract, prin concentrare ludică.

Interesul scării W. B. constă în posibilitatea unei estimări asupra întregii evoluții psihice. Astfel, față de plafonul vîrstei mintale de 13—15 ani stabilit prin metoda Binet, prin W. B. se remarcă o creștere al cărei nivel mediu atinge un maximum între 18—24 ani vîrstă cronologică, urmată de un platou prelungit pînă la 50 ani, după care se produce o scădere lent progresivă pînă la 60 ani și apoi o cădere rapidă prin „deteriorare fiziologică“.

Întrucît evoluția cronologică a Q. I. nu este identică pentru fiecare test în parte, testele cele mai stabile fiind cele de informare (înțelegerea, completarea și asamblarea imaginilor), iar cele mai sensibile față de evoluția vîrstei biologice apărînd a fi testele aritmetice (serii de cifre, raționament aritmetic, cuburi Kohs), se apreciază un factor de „dispersiune“ pe baza căruia se „măsoară“ gradul de deteriorare senilă prin intermediul „testelor care țin“ și a „testelor care nu țin“.

Scanned with CamScanner

Scările metrice de inteligență comportă o estimare globală a personalității fiecărui individ în parte, situație care face cu mult mai complicată și mai incertă interpretarea lor decît o preconizează teoretic cotarea standard a vîrstei intelectuale. În fața acestei dificultăți, W. Stern a creat în 1912 noțiunea de „cît intelectual", ca produs al împărțirii dintre factorii de vîrstă cronologică, situația rămînînd în continuare ambiguă. Davis și Eels înlocuiesc în 1933 termenul de Q. I. cu acela de „indice de abilitate în rezolvarea problemelor" (index of problem-solving ability), fără a se aduce însă prin introducerea noțiunii de „abilitate" și posibilitatea standardizării personalității umane. În realitate, folosirea unui test, oricît de simplu și precis ar părea, solicită o vastă experiență pentru interpretarea unei persoane în ansamblul ei bio-psiho-social, cu toate implicațiile ideo-afective prezente în momentul examinării. Însuși Binet manifesta o deosebită prudență în folosirea experimentului psihometric, atrăgînd atenția, în 1918, că *trebuie părăsită ideea că un procedeu de investigație poate deveni destul de precis pentru a fi încredințat primului venit.*

Scanned with CamScanner

De milenii încă și sub diverse formulări în raport cu dezvoltarea cunoștințelor despre om, s-au remarcat particularități biologice și psihologice care deosebesc pe fiecare individ în parte, tipologia hipocratică a temperamentelor rămînînd exemplul princeps în acest sens.

În cadrul studiilor de tipologie umană, în epoca contemporană atrag atenția în primul rînd observațiile lui Sigaud, Scheldon, Pende și, în mod cu totul deosebit, cercetările lui Kretschmer și Pavlov. În același timp, Parhon și-a adus contribuția, delimitînd noțiunea de ilikibiologie, în sensul particularităților stadiale ale vîrstei cronologice.

J. Repin : „Zaporojenii scriind o scrisoare sultanului“ (detaliu).

Biopsihotipologia definește variabilitatea structurală a personalității fiecărui individ în parte

Schematic vorbind, din punct de vedere biopsihotipologic se diferențiază constituția sau tipul picnic (endomorfă sau digestivă), cu structură îndesată, gîtul scurt, abdomen voluminos, craniu aproape rotund, brahicefalic, fălci puternice și tendință la obezitate.

Scanned with CamScanner

Constituția sau tipul picnic se însoțește, de obicei, de un temperament extravertit (Jung) sau sinton (Bleuler), adică sociabilitate expansivă și reacții afective labile de tip ciclotim (Kretschmer), care ar corespunde tipului de sistem nervos tare, echilibrat, mobil (Pavlov), sau temperamentului sangvinic (Hipocrat). *

Constituția sau tipul atletic, cu structura somatică bine proporționată și musculatură hipertrofică, fără încărcare adipoasă și reacții afective reținute de tip schizotim (Kretschmer), sau adezivitate afectivă și explozivitate coleroasă epileptoidă ar corespunde tipului de sistem nervos tare, echilibrat, inert (Pavlov), sau temperamentului coleric (Hipocrat).

Constituția sau tipul leptosom (Kretschmer), sau longilină (Pende), cu predominanța alungirii membrelor față de trunchi și trăiri interiorizate, intravertit (Jung), autist (Bleuler), schizotim (Kretschmer), ar corespunde tipului de sistem nervos slab (Pavlov), sau temperamentului trist (Hipocrat).

Schema constituțiilor somato-psihice are doar un caracter general tipologic, între tipurile descrise existînd o mare varietate de combinații intermediare. De asemenea, predispoziția unui anumit tip somatic pentru anumite boli mintale nu constituie o regulă general valabilă, deși se remarcă totuși predominanța tipului picnic în cazul psihozelor maniaco-depresive sau a tipului leptosom și atletic în cazul schizofreniei sau al epilepsiei genetice. Adăugînd în plus suma noxelor exogene care pot induce tulburări sau boli mintale, se poate considera că sănătatea mintală constituie o expresie vectorială a determinismului bio-psiho-social, ontogeneza umană fiind expusă riscului apariției tulburărilor psihice pe tot parcursul evoluției sale, și cu precădere atunci cînd fondul constituțional este într-o anumită formă mai mult sau mai puțin marcat.

Insistînd asupra conceptului biopsihotipologic, dorim să subliniem în plus opinia noastră în sensul că personalitatea ca expresie vectorială a particularităților psihice, variază dinamic și totodată unitar pe un palier nelimitat, datorită particularităților pe care i le conferă trăsăturile temperamentale (înnăscute), trăsăturile caracteriale (modulate prin educație) și capacitatea volițională a fiecărui individ în parte de a-și comuta procesele de gîndire în acțiuni sau inacțiuni deliberate, ansamblu de trăsături prin care se realizează atitudinea corespunzător integrată față de lume și viață.

În această ordine de idei mai este necesar să luăm în considerare și faptul că boala psihică constituie o situație calitativ diferită

---

* Contribuții interesante la studiul biopsihotipologiei în psihiatrie au adus între numeroși alți autori, de asemenea, E. Dupré, E. Delmas și M. Boll, H. Claude și E. Minkowski, Bleuler, Roscharch etc, contribuții care în prezent conflueză în eforturile de sistematizare generalizată ale „Tipologiei".

Scanned with CamScanner

față de normalitatea mintală, astfel încît nu orice oscilație în banda trăirilor psihologice constituie deja o demodulare cu semnificație psihiatrică.

Cu alte cuvinte, pentru delimitarea abaterilor din banda de modulare psihologică în raport de vîrstă, cultură, sex și motivațiile fiecărui individ în parte, mai este necesar să se ia în considerare concomitentă pe lîngă intensitatea și durata fiecărui act comportamental, și semnificația pe care o acordă de o parte subiectul propriei sale conduite și pe de altă parte grupul care îl include.

În aceste condiții de interpretare dinamică și unitară a studiului psihiatriei clinice, se pot obține diferențieri încă de la limita normalității ca în cazul nevrozelor, psihopatiilor și al hipofreniilor, dizarmonii ale personalității care, deși își pot eventual intersecta orbitele, pot fi totuși deosebite prin anumite particularități dominante ideo-afective și comportamentale.

Concomitent se pune în mod necesar, problema sesizării momentului psihotic în procesualitatea tulburărilor mintale, moment sau etapă care nu constă doar în masivitatea sau acuitatea modificărilor de conduită, ci, în primul rînd, în semnificația pe care o acordă subiectul în cauză propriei sale persoane în interrelațiile cu mediul, respectiv nivelul său de conștiință la un moment dat.

Totodată, deși corespunzător orientării tradiționale deterministștiințifice a școlii de la „Socola" nu acceptăm posibilitatea existenței tulburărilor psihice *sine materia,* această opinie nu ne impune excluderea influenței *proceselor de conștiință* asupra activității întregului organism, *inclusiv în apariția și dezvoltarea psihogenă a unor stări morbide* *.

Luînd în considerare complexitatea factorilor bio-psiho-sociali care determină modificările calitative ale personalității, apare evident că schemele nosologice și testările psihometrice luate în parte, sau ca lucru în sine, rămîn doar postulate față de criteriul global al psihodiagnosticului, după cum cel mai caracteristic „caz" rămîne totuși de la început și pînă la sfîrșit o individualitate prin particularitățile sale definitorii. Cu alte cuvinte, parametrii vectoriali luați în discuție sugerează însăși cîmpul dificultăților pe care îl are de acoperit clasificarea nosologică psihiatrică. În același timp, după cum este bine cunoscut, orice știință are nevoie de un sistem orientativ de referință și respectiv de o clasificare a obiectelor și fenomenelor pe care le studiază, în raport cu suma cunoștințelor existente la un moment dat.

---

* P. Brânzei : *Contributions a l'étude des explorations morphofonctionelles dans psychiatrie,* Ann. Med. Psychol. 1964, T.I.-1 pp. 1-20.

Scanned with CamScanner

Criterii și dificultăți în elaborarea clasificației bolilor psihice

Fiecare dintre noi are nevoie să admită, încercînd să le înțeleagă, opiniile altora.

(Din introducere la Glossaire, OMS—Geneva, 1976)

În situația științelor medicale, și cu atît mai mult a psihiatriei ca disciplină de frontieră a științelor despre om, clasificarea nu poate fi inclusă într-un sistem univoc de referință, ca în cazul „științelor exacte", situație care obligă la folosirea concomitentă — de la caz la caz — a criteriului sindromologic (inclusiv intensitatea, durata și gravitatea tulburărilor), a criteriului etiologic (inclusiv fiziopatologia tulburărilor), a criteriului psihologic (interpretarea modalităților subiective a trăirilor fiecărei persoane), a criteriului sociologic (cu referire la modalitățile și implicațiile relațiilor dintre oameni în ambianța lor socio-culturală și economică).

Enumerarea criteriilor luate în discuție, indică deja avantajele și dezavantajele pe care le implică o scală de etalonare multidimensională și modalitățile diferite de lucru pe care le poate genera. Nevoia tot mai presantă a unei comunicări coerente atît pe plan național și cu atît mai mult pe plan internațional, obligă totuși psihiatria contemporană — în plină dezvoltare — la realizarea unui acord, în primul rînd, în ceea ce privește termenii folosiți pentru diagnostic și unificarea categoriilor de clasificat.

Datorită interesului acordat primei ediții a *Itinerarului*, găsim necesar să facem acum o raportare a schemei noastre de clasificare la *Glosarul și ghidul de clasificare a tulburărilor mintale* publicat de OMS—Geneva, *spre a fi utilizat în legătură cu cea de a IX-a* revizie CIB.

Raportarea schemei de clasificare a spitalului Socola la Glosarul CIB * va permite celor interesați să cunoască atît modul în care noi am elaborat cadrul unui nomenclator semiologic psihiatric **, cît și în ce măsură clasificarea noastră *** (ce va fi dezvolta-

---

* Întrucît în timp ce *Itinerarul* se afla depus pentru tipar, Ministerul Sănătății — Centrul de calcul și statistică medicală — a publicat în traducere *Manualul de clasificație internațională a bolilor*, corespunzător reviziei a IX-a OMS (valabilă pentru perioada 1979—1988), referirile analitice mai ample pe care le inclusesem în text după *Glossaire et Guide de clasification des troubles mentaux, OMS, Geneva, 1976*, nu își mai găsesc locul potrivit decît în sensul unor trimiteri explicative la ultima revizie.

** P. Brânzei : *Directive pentru întocmirea observației psihiatrice*, Ed. Iași, 1962.

*** P. Brânzei : *L'actualité nosologique dans la psychiatrie contemporaine (Critères pour une classification dinamique bio-psycho-sociale en psychiatrie)* Ann. Med. Psychol., 1970, T.I., 4, pp. 505-520.

Scanned with CamScanner

tă pe parcursul *Itinerarului* * se racordează la criteriile internaţionale elaborate de OMS cu privire la standardizarea diagnosticului, clasificarea şi statistica în psihiatrie **.

Tulburări mintale care nu exclud discernămîntul asupra propriei persoane şi interrelaţiilor sociale (aberratio mentis).

I. *Stările de conversiune psihogenă* (pitiatismul — isteria — nevroza de conversiune sau sindromul psihogenetic) apar frecvent în evidenţa medico-psihiatrică din întreaga lume ca expresie motivaţională mai mult sau mai puţin conştientizată a refugiului în boală, generat de contrarietăţi afective, aspiraţii şi interese frustate sau prin imitaţie, mimînd patoplastic tulburări de tip neurologic, psihic sau visceral.

Stările de conversiune psihogenă — şi respectiv nevroza „isterică" — se dezvoltă de regulă pe fondul premorbid al unei personalităţii dizarmonice predominant egofile sau hipofrene prin inducţie auto- sau hetero-sugestivă şi se remit spontan (prin autoanularea semnificaţiei motivaţionale a refugiului în boală) sau sub influenţa persuasiunii contrasugestive :

CIB-9 = 300.1 Isteria *** *Cuprinde tulburări mintale în care unele motive inconştiente ale bolnavului produc fie o strîmtorare a cîmpului conştiinţei, fie tulburări ale funcţiilor motorii sau senzoriale care par să aibă un avantaj psihologic sau o valoare simbolică.*

Isteria poate să se caracterizeze prin fenomene de conversiune sau de disociere. În primul caz, principalele sau singurele simptome sînt constituite din manifestări somatice de origine psihică ca paralizia, tremurătura, cecitatea, surditatea sau crizele nervoase. În formele disociative, simptomul dominant este

---

* Schema noastră de clasificare operează prin aplicarea concomitentă a criteriului sindromatic, etiopatogenic şi psihosociologic (privind nivelul de integrare conştientă faţă de relaţiile sociale), seriind totodată fenomenele morbide de la limitele cu normalitatea pînă la gravele invalidări mintale, în scopul prelucrării corespunzătoare a diagnosticului psihiatric pe ordonatele sale bio-psiho-sociale.

** Grupurile de experţi OMS care au lucrat, an de an, la întocmirea unei clasificări internaţionale a bolilor mintale (capitolul V CIB) au întîmpinat de la început mari dificultăţi, ca de pildă în folosirea concomitentă a dublelor coordonate : cea de clasificare a fenomenelor şi cea de clasificare prin cauze ; sau în folosirea „operaţională" a termenilor de diagnosticare „cele mai familiare exemple fiind termenii de bază „psihoză" şi nevroză" care desfid o definiţie precisă". În aceste condiţii s-a ajuns la concluzia că este „mai important să fie clasificate în aceeaşi rubrică condiţii asemănătoare de sindroame şi boli, decît ca termenii de diagnostic să fie corecţi." *(Draft Glossary,* nov. 1970).

*** *Glossaire*, OMS — Geneva, 1976, p. 41.

Scanned with CamScanner

strîmtorarea cîmpului conştiinţei care pare să servească unui scop inconştient şi este de obicei însoţită sau urmată de o amnezie selectivă. Pot exista schimbări spectaculare însă esenţial superficiale ale personalităţii, manifestîndu-se uneori printr-o fugă (stare de nomad).

Comportamentul poate simula psihoza sau mai degrabă ideea pe care o are în această privinţă.

Exclude *tulburările somatice de origine probabil psihogenă (305), tulburările situaţionale tranzitorii (307), personalitatea patologică de tip isteric (301.5), anorexia mintală (305.5).*

Denumiri incluse : *astazie-abazie isterică, stare disociativă, isteria de conversiune, nevroza de compensare.*

Stările de conversiune psihogenă (şi respectiv nevroza „isterică“ — denumire perimată ştiinţific), se delimitează de fapt ca un grup nosologic la limita normalităţii, polarizat de o structură egofilă a personalităţii, deşi grefajul egofob caracteristic nevrozei vera este mimat totdeauna de „isterici“, după cum „psihopatizarea“ situaţională a nevroticului egofob nu constituie o excepţie :

CIB-9 = 301.5. Tulburarea isterică a personalităţii * *este caracterizată prin afectivitate superficială şi labilă, dependenţă, nevoia de a se face preţuit şi să atragă atenţia, sugestibilitate şi teatralism.* Există adesea o imaturitate sexuală ; de exemplu o frigiditate *sau o hiperreactivitate la stimuli. Simptomele isterice (nevroză) pot să se dezvolte sub efectul unui stress.*

Pentru aceste considerente, şi spre a evita confuzii diagnostice, noi perseverăm în ideea diferenţierii „isteriei“ ca expresie fenomenologică a exaltării situaţionale a trăsăturilor morbide caracteristice personalităţii dizarmonice egofile.

(Vezi cap. Conversiunile psihogene — egofilie structurală sau refugiu intenţional în boală).

II. *Nevrozele* se caracterizează, în primul rînd, prin contractură penibilă ideo-afectivă cu prevalenţe obsesivo-fobice sau cenestopatice (care se însoţesc sau nu de eretism vegetativ, tulburări de somn sau alte perturbări funcţionale generate primordial în conştiinţă, respectiv în afara unor suferinţe viscero-umorale inductorii manifeste), sentimentele etice şi discernămîntul asupra interrelaţiilor sociale fiind în acelaşi timp nealterate :

CIB-9 = 300 Nevrozele **. *Cuprind tulburările mintale fără bază organică demonstrabilă, în care bolnavul poate păstra o per-*

---

* *Glossaire*, op. cit., p. 47.
** Idem, p. 40.

Scanned with CamScanner

fectă luciditate, un sens nealterat al realității și rămîne, de obicei, capabil să nu confunde cu realitatea exterioară experiențele sale subiective și fantasmele sale morbide. Comportamentul poate să fie foarte perturbat, rămînînd totuși de obicei în limite social-mente acceptabile; iar personalitatea nu este dezorganizată. Principalele manifestări ale nevrozelor sînt anxietatea excesivă, simptomele isterice, fobiile, simptomele obsesive și compulsive, depresia.

Nevrozele se dezvoltă, de regulă, ca psihogenii neintenționale pe fondul premorbid al unei personalități predominant egofobe — (care se apropie de cadrul descris în CIB la tulburarea obsesivă a personalității) :

CIB-9 = 301.4. Tulburări obsesive ale personalității *. *Cuprind o tulburare a personalității caracterizată prin sentimente de nesiguranță, de îndoială și insuficiență care duc la scrupulozitate, obstinație și prudență excesivă. Pot să existe gînduri sau impulsiuni obsedante și inoportune, însă, care nu ating gradul de gravitate a celor observate în nevroza obsesivă.*

Bolnavul resimte o nevoie de verificări repetate pentru a încerca să-și satisfacă tendința sa la perfecționism și preciziune meticuloasă. Rigiditatea și îndoiala excesivă poate să se manifeste.

Denumiri incluse : *personalitate anancastică, personalitate compulsivă.*

În raport de cauzalitatea predominant inductoare, nevrozele pot fi subclasate în nevroza vera, stări nevrotice reactive (situaționale) și sindroame nevrotiforme.

Nevroza vera, cu factor psihotraumatic declanșator, eventual veridic incriminat, fără a exclude însă rolul favorizant al terenului predispozant (adeseori ignorat).

Stările nevrotice reactive (situaționale) sau reacția nevrotică ca expresie motivațională a unor demodulări adaptative în banda trăirilor subiective, respectiv fără o semnificație patologică premorbidă propriu-zisă, sau ca simptom de fațadă în cursul unor psihoze progrediente încă neidentificate.

În această sub-grupă considerăm că pot fi incluse — de la caz la caz — și unele tulburări tranzitorii situaționale ne-psihotice :

CIB-9 = 308. Stări reactive acute datorite unei situații de grea încercare ** *Sub această denumire sînt cuprinse tulburări tranzitorii de orice gravitate sau natură, ce survin la persoane care nu*

---

* *Glossaire*, op. cit., p. 47.

** Clasificația internațională a bolilor, revizia a IX-a p. 242. Trad. — Min. Sănătății, București, 1978.

Scanned with CamScanner

au prezentat niciodată, aparent, tulburări mintale. Ele survin ca reacție la o situație comportînd încercări fizice sau morale excepționale și au, de obicei, tendința să dispară în cîteva ore sau zile.

Denumiri incluse. Delirul de epuizare; stare consecutivă unei catastrofe.

Exclude tulburările de adaptare (309).

Considerăm, de asemenea, că în sub-grupul stărilor nevrotice reactive (situaționale), poate fi inclusă și „depresia nevrotică" în raport de modulația sindromatică și motivația cauzală, delimitată în CIB ca entitate în grupajul nevrozelor :

CIB = 300.4. Depresiunea nevrotică * *Delimitează nevroza caracterizată prin depresie de obicei consecutivă unei experiențe penibile, însă a cărei intensitate este disproporționată față de evenimentul incriminat. Nu sînt idei delirante sau halucinatorii. Preocupările sînt centrate adesea pe traumatismul psihic care a precedat boala, de exemplu pierderea unei ființe dragi sau a unui bun. Anxietatea este frecventă și stările depresive anxioase trebuiesc clasate aici. Distincția între depresia nevrotică și psihozele depresive trebuie să se bazeze nu numai pe gradul depresiei ci și pe prezența sau absența altor caractere nevrotice și psihotice, cît și pe gradul tulburărilor de comportament.*

Sindroamele nevrotiforme cu etiologie bipolară, psihosomatică, în cazul cărora contractura penibilă ideo-afectivă, astenia, distimia iritabilă și eretismul vegetativ (inclusiv tulburările de somn sau instinctiv-emoționale) sînt induse fie prin factori probabil inițial psihogeni cu răsunet asupra homeostaziei neuro-endocrino-umorale (CIB-9 = 306), fie prin consens viscero-umoral — în care se cuprind și stările de suprasolicitare sau de uzură involutivă (CIB-9 = 310 și 311).

CIB-9 = 306. Tulburări ale funcțiunii fiziologice de origină psihică ** *Ansamblul simptomelor somatice sau de tulburări ale funcționării fiziologice de origină psihică care nu comportă atingere tisulară și instalată de obicei prin intermediul sistemului nervos autonom.*

Aceste tulburări sînt grupate pe sisteme: osteo-musculare, respiratorii, cardio-vasculare, cutanate etc.

III. *Dizarmoniile personalității.* Se caracterizează, în general, prin funcții de cunoaștere relativ sau eventual bine dezvoltate, în contrast cu anormalități permanente de comportament ce devin ma-

---

* *Glossaire*, op. cit. p. 43.
** CIB rev. IX, op. cit. p. 237.

Scanned with CamScanner

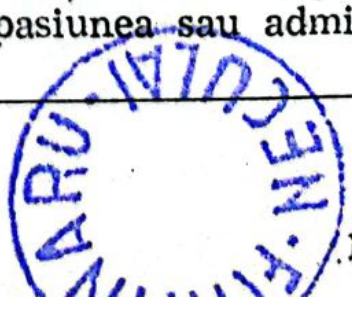
nifeste încă din stadiul dezvoltării infantilo-juvenile și se agravează în condiții negative de ambianță.

Dizarmonicii, deși păstrează capacitatea de a discerne conținutul și urmările negative ale actelor și acțiunilor pe care le efectuează, nu au totuși o suficientă capacitate mintală de a-și controla efectiv pornirile instinctiv-emoționale, uneori aberante, datorită defectivității egofile a sentimentelor etice care în cazul *psihopatiei vera* sau *nucleare* poate să ajungă pînă la agenezie morală :

> *CIB-9 = 301.* Tulburările de personalitate *. *Sub această denumire se delimitează modalitățile de comportament inadaptat profund înrădăcinate, de obicei recunoscute în momentul adolescenței sau mai înainte și persistînd în cea mai mare parte a vîrstei adulte ; cu toate că pot deveni mai puțin aparente în cursul maturității și bătrîneții.*
>
> *Personalitatea este anormală fie în echilibru, calitatea și manifestarea componentelor sale, fie global. Această alterare face să sufere bolnavul și anturajul său și are consecințe nefaste pentru el însuși și societate. Aceste tulburări sînt delimitate uneori sub numele de personalitate psihopatică. Dacă ele sînt cauzate în principal de afecțiuni cerebrale, nu trebuie să fie clasate sub această rubrică ci sub aceea de tulburări mintale ne-psihotice asociate la o afecțiune somatică (309). Dacă bolnavul prezintă o anomalie a personalității în raport direct cu nevroza sau cu psihoza sa, de exemplu o personalitate schizoidă la un schizofren sau o personalitate anancastică la un obsesiv, cazul va trebui să fie clasat sau la rubrica nevroză sau a psihozei corespunzătoare.*
>
> Denumiri incluse : *nevroză de caracter.*
> Pentru forme clinice vezi tabelul sinoptic (final capitol).

Psihopatia vera sau „nucleară“. Dizarmonie a personalității (înnăscută sau cîștigată în copilărie prin cauze encefaloabiotrofizante obscure sau insuficient definibile), care devine manifestă în cursul dezvoltării infantilo-juvenile prin *comportament aberant cu malignitate ireductibilă* egofilică, datorită hipo- sau ageneziei sentimentelor superioare de reflectare socială („idioție morală“).

Comportamentul „psihopatic“ aberant se diferențiază prin psihoplasticitate morbidă cu mitomanie, dromomanie și infracționism ireductibil ce îi plasează în noțiunea juridică de „infractor din obicei“ ; predilecție la simulație, tatuaje și inducție vicioasă, pozare în victimă sau erou pentru a cîștiga compasiunea sau admira-



* *Glossaire*, op. cit., pp. 45-49.

Scanned with CamScanner

ția pentru aceeași faptă în raport de ambianță, insensibilitate oarbă față de suferințele altora și sete nestinsă pentru „libertatea" satisfacerii pornirilor instinctiv-emoționale aberante :

> *CIB = 301.* Personalitate antisocială. *Delimitează o tulburare a personalității caracterizată prin nerespectarea regulilor sociale, indiferență pentru altul, violență impulsivă și o insensibilitate rece. Comportamentul este foarte îndepărtat de normele sociale admise. Este puțin modificabil prin experiență, inclusiv sancțiuni. Subiecții acestui tip sînt inafectivi și pot fi anormal de agresivi sau nechibzuiți, iresponsabili. Ei suportă greu frustrările, acuză pe alții furnizînd explicații amăgitoare cu aparență de adevăr pentru actele care îi pun în conflict cu societatea.*
>
> *Exclude personalitatea epileptidă (301.3), tulburări de conduită fără tulburări specifice de personalitate (312).*
>
> Denumiri incluse : *personalitate amorală, personalitate antisocială, personalitate asocială.*

NOTĂ. *Atracția pentru perversiuni sexuale și substanțe euforizante constituie valențe întotdeauna deschise ale personalităților dizarmonice, mai mult sau mai puțin favorizate de factorii socioculturali.*

(Vezi Cap. Egofilie nucleară și comportament aberant).

Perversiunile sexuale, alcoolo- și drogo-filia sînt incluse în CIB ca grupe nosologice diferențiate față de tulburările de personalitate sau mintale în general :

> *CIB-9 = 302.* Devieri sexuale. * *Înclinări sau comportamente sexuale anormale. Limitele și caracteristicile înclinărilor și comportamentului sexual normal nu sînt stabilite de o manieră absolută în diversele societăți și culturi, însă ele corespund în ansamblu imperativelor sociale și finalităților biologice. Activitatea sexuală a subiecților deviați este îndreptată în principal către reprezentanți de același sex sau către obținerea plăcerii sexuale prin mijloace anormale. Adeseori același individ prezintă simultan mai multe anomalii ; în acest caz trebuie clasată deviația predominantă. Trebuie să se evite de a se clasa în această categorie subiecții care se dedau la acte sexuale deviante dacă ei sînt privați de posibilități sexuale normale.*
>
> Exclude *un comportament sexual anormal considerat ca făcînd parte sau care se manifestă numai în cursul unei psihoze*

---

* *Glossaire*, op. cit., p. 49.

Scanned with CamScanner

sau a tuturor altor tulburări mintale (a se clasifica sub rubrica tulburării mintale principale).

Pentru forme clinice, vezi tabelul sinoptic final capitol.

În ceea ce privește filia pentru substanțe euforizante, Glosarul aduce următoarele precizări :

CIB-9 = 303. Sindromul de dependență alcoolică.* *Starea psihică și de obicei și fizică, ce rezultă din absorbția alcoolului caracterizată prin reacții de comportament și altele, avînd întotdeauna o necesitate compulsivă de a consuma alcool în mod continuu sau periodic, în scopul de a simți efectele psihice și cîteodată de a suprima starea de indispoziție consecutivă abstinenței. Obișnuința poate coexista sau nu ; o persoană poate fi sub dependența simultană a alcoolului și a altor droguri.*

CIB-9 = 304. Farmacodependența. *Starea psihică și cîteodată și fizică, care rezultă din consumarea unui drog și este caracterizată prin reacții de comportare sau altele, în care există întotdeauna nevoia compulsivă de a consuma un drog în mod continuu sau periodic, în scopul de a-i simți efectele psihice și cîteodată de a suprima starea de indispoziție consecutivă abstinenței ; obișnuința poate coexista sau nu. O persoană poate fi sub dependența mai multor droguri.*

(Vezi cap. Onirofilie și drogomanie)

Sindromul psihopatoid (psihopatiform) ca aspect secundar — de fațadă — al unor psihoze oligosimptomatice sau al unor sechele encefalopatice (traumatice, toxice, infecțioase etc.) sau altor cauze de suferință cerebrală (boala epileptică, scleroza în plăci, procesele expansive intracraniene etc.). Necesită o diferențiere obligatorie față de grupa dizarmoniilor personalității, incluzîndu-se de fapt în grupul „tulburărilor mintale nepsihotice consecutive unei atingeri cerebral-organice" (CIB-9 = 310).

Caracteropatia și tulburările de comportament infantilo-juvenil (CIB-9 = 314) se pot diferenția calitativ de psihopatia vera, atunci cînd ele se dezvoltă sub inducția unor condiții negative de ambianță, fără un deficit prealabil al sentimentelor etice, al funcțiilor de cunoaștere, sau al psihismului elementar instinctiv-emoțional.

IV. *Hipofrenia.* Termen creat de noi pentru a delimita deficite marginale ideo-afective și de conduită generale prin interferențe negative bio-psiho-sociale, grupaj nosologic care se plasează în zona incertă dintre debilitatea mintală și sanogeneza psihică ; termenul

---

* CIB, rev. IX, op. cit., p. 234.

Scanned with CamScanner

diferențiază în primul rînd pe copiii și adolescenții cu risc crescut dezadaptativ în condiții dificile de ambianță. Hipofrenia, ca trăsătură deficientă a personalității, se îngemănează adeseori cu nevroza și psihopatia și își găsește corespondența în CIB-9 la codul 313, 314 și 315 cu referire la tulburările specifice copilăriei și adolescenței *.

V. *Oligofreniile de limită.*

Debilitatea mintală sau oligofrenia gr. I. Deficit mintal de natură genetică, congenitală sau instalat în prima copilărie ca urmare a unor diverse suferințe cerebrale (traumatice, infecțioase sau toxice). Față de oligofreniile severe (gr. II și III), debilitatea mintală se diferențiază printr-un deficit relativ de adaptare armonioasă a stereotipurilor dinamice la complexitatea condițiilor de ambianță datorită unei capacități reduse de abstractizare și previziune a fenomenelor, care nu anulează totuși posibilitatea unei autoconducții productive, nesupravegheate, în condiții simple de viață.

Debilitatea mintală se poate asocia cu tulburări de comportament — oligofrenopatia sau debilitatea mintală dizarmonică.

CIB-9 = 317. ** Înapoierea mintală ușoară ; QI = 50-70. *Denumiri incluse : debilitatea mintală, deficiența mintală.*

(Vezi Cap. Oligofrenie graduală)

*

Tulburări și boli mintale care compromit sau exclud discernămîntul asupra propriei persoane și interrelațiilor sociale (alienatio mentis)

VI. *Oligofreniile severe (cu deteriorarea sau absența autoconducției).*

Imbecilitatea sau oligofrenia gr. II. Elaborarea limitată a reflexelor condiționate pînă la nivelul însușirii unei activități menajere simple supravegheate. Reactivitate emoțională primară, explozivă, incapacitate de abstractizare, credulitate și sugestibilitate.

CIB-9 = 318.2 ***. Întîrzierea mintală mijlocie. *Denumiri incluse : înapoierea mintală mijlocie, imbecilitate ; QI 35=49.*

CIB-9 = 318.0 întîrzierea mintală gravă. Denumiri incluse : înapoiereea mintală gravă, QI 20—34.

Idioția sau oligofrenia gr. III. Deficiență mintală severă cu incapacitatea elaborării reflexelor condiționate necesare unei autoconducții elementare de conservare biologică :

CIB-9 = 318.2 ****. Întîrzierea mintală profundă. *Denumiri incluse : :* Înapoierea mintală profundă, idioția ; QI sub 20.

---

*, **, ***, ****, CIB, rev. IX. op. cit., pp. 248-253.

Scanned with CamScanner

CIB-9 = 319. Înapoierea mintală cu nivel neprecizat. *Denumiri incluse : insuficiența mintală FAI.*

VII. *Psihozele.* Grup heterogen de boli și sindroame cu etiologie și evoluție diferită, care apar de regulă în contrast cu o stare mintală anterior satisfăcătoare. Psihozele au ca numitor comun perturbarea manifestă a procesualității ideo-afective, conduitei și discernămîntului :

CIB-9 = 290-299. Psihozele *. *Termenul psihoză delimitează stări în care alterarea funcțiilor mintale atinge un astfel de grad încît se repercută masiv asupra discernămîntului, a capacității de a face față la unele nevoi ale existenței, a contactului cu realitatea. Acesta nu este un termen exact sau bine definit. El nu include întîrzierea mintală.*

Psihoze predominant endogene **

1. *Psihoze hipertimice (psihoze afective).* Caracterizate prin deplasarea integrală a procesualității psihice către o polarizare euforică maniacală, depresiv-melancolică sau maniaco-depresivă, cu sau fără interpretări delirante corespunzător tonalității ideo-afective predominante.

Psihozele hipertimice debutează la vîrsta tînără sau matură, în mod acut sau subacut, în contrast cu o stare aparentă de echilibru psihic, exceptînd, în unele cazuri, fondul de personalitate ciclotimică.

a. *Starea maniacală.* Predominanța expansivității euforice, agitație psihomotorie și fugă de idei.

b. *Starea melancolică.* Predominanța anxietății cu durere morală și inerție autoacuzatoare a ideației, manifestată fie prin stupor prelungit, fie prin agitație psihomotorie delirantă anxioasă.

c. *Sindromul maniaco-depresiv.* Alternanța manifestă a stărilor maniacale și melancolice fie în cursul aceluiași acces psihotic, fie — de regulă — prin succedarea periodică a stărilor de manie și melancolie cu perioade intercalate de remisiune a tulburărilor mintale, de durată variabilă.

(Vezi cap. Psihoze hipertimice)

CIB-9 = 296. Psihoze afective ***. *Sub această denumire se delimitează tulburări mintale, de obicei periodice, caracterizate prin grave tulburări de dispoziție (îndeosebi depresie și anxietate în-*

---

* CIB-rev. IX., op. cit., p. 209.

** Termenul de predominanță se referă în cazul de față la influența favorizantă a factorilor de mediu în apariția și evoluția unor tulburări mintale considerate a fi de natură constituțională.

*** CIB-rev. IX, op. cit., pp. 220-222.

Scanned with CamScanner

să de asemenea euforie și excitație) însoțite de unul sau mai multe din simptomele următoare : idei delirante, dezorientare, tulburări de identitate, de percepție și comportament. Aceste simptome sînt în raport cu dispoziția predominantă a bolnavului (de asemenea a halucinațiilor atunci cînd ele există). Există o tendință marcată la sinucidere. Din motive practice, tulburările ușoare de dispoziție pot fi de asemenea clasate aici dacă simptomele corespund descrierilor date. Această remarcă se aplică îndeosebi hipomaniei.

2. *Psihoza hipotimică discordantă (schizofrenia sau psihoza discordantă).* Se diferențiază — în primul rînd — prin discordanță ideo-afectivă cu predominanța demodulărilor instinctiv-emoționale care pot ajunge pînă la indiferentism și înstrăinare față de mediu și propria persoană, concomitent cu disocierea funcțiilor de cunoaștere în contextul logic al gîndirii — deși aceste funcții luate în parte pot fi aparent intacte (situație care i-a atras schizofreniei și denumirea de „parademență afectivă").

În raport cu predominanța sindroamelor fundamentale din schizofrenie (solipsismul, negativismul și paranoidismul) — care se întrepătrund în procesualitatea psihozei discordante — se diferențiază ca particularități clinice hebefrenia, catatonia și schizofrenia paranoidă :

— *solipsismul* — trăire ruptă de realitate cu structurarea unor criterii false despre lume și propria persoană ;

— *negativismul* — nebunia contrariului — de la dezinteres, neglijență, ticuri, stereotipii de atitudine, hipomimie cu zîmbet permanent de mască și nihilism de atitudine, pînă la catatonie (blocaj psihomotor cu atitudini posturale ciroase, sitiofobie și mutism), intercalată cu faze de agitație halucinatorie și agresivitate nejustificată ;

— *paranoidismul* (disnoidismul) — gîndire dezintegrată, dislogie cu involuție sintaxică a limbajului : verbigerație, neologisme și aglutinări de noțiuni ; manierisme puerile, ambivalențe, baraje și răspunsuri alăturea cu sensul logic al discuției.

Schizofrenii paranoizi exprimă un delir persecutat-persecutor halucinatoriu absurd, stufos, rău sistematizat, pe care îl afirmă însă nu-l pot discuta, avînd convingerea că „toată lumea știe ce gîndesc și ce simt" ; suspicioși și iritabili, caută să disimuleze delirul.

(Vezi cap. Psihoza hipotimică discordantă — schizofrenia).

CIB-9 = 295. Schizofrenia *. *Acest termen delimitează un grup de psihoze caracterizat printr-o tulburare fundamentală a personalității, o alterare tipică a gîndirii, un sentiment frecvent de a*

---

* Apud *Glossaire*, op. cit., pp. 30-35.

Scanned with CamScanner

fi comandat de forțe străine, idei delirante care pot fi bizare, tulburări de percepție, o afectivitate anormală, fără raport cu situația reală și autism. Conștiința și facultățile intelectuale sînt de obicei conservate. Tulburările de personalitate interesează funcțiile sale esențiale, cele care dau individului normal sentimentul individualității sale, autenticității și autonomiei sale. Schizofrenul are deseori impresia că gîndurile, sentimentele și actele sale cele mai intime sînt cunoscute și împărtășite de alții și poate să prezinte un delir explicativ cu tema forțelor naturale sau supranaturale ce influențează gîndurile și actele sale, prin căi adeseori bizare. El se vede ca centrul a tot ce îl înconjoară. Halucinațiile, îndeosebi auditive, sînt frecvente; ele pot să facă comentarii asupra bolnavului sau să-i vorbească. Percepția este tulburată în alt mod; faptele anodine pot să capete o importanță capitală și, asociate cu sentimentele de pasivitate, pot duce bolnavul la credința că obiectele și situațiile uzuale au o semnificație particulară, în general nocivă. În alterarea gîndirii caracteristică schizofreniei, elemente accesorii și nepotrivite, înhibate în gîndirea normală, ocupă primul loc și sînt folosite în locul elementelor corespunzătoare. În acest mod, gîndirea devine vagă, eliptică, obscură și expresia sa verbală cîteodată de neînțeles. Ruperile și interpolările în cursul normal al gîndirii sînt frecvente și bolnavul poate să aibă convingerea că gîndurile sale îi sînt furate de o forță exterioară. Dispoziția poate fi superficială, capricioasă sau necuviincioasă. El poate să aibă o oarecare dezorientare. Ambivalența și tulburările de voință pot să se prezinte sub formă de inerție, negativism sau stupoare. O catatonie poate exista. Diagnosticul de schizofrenie nu trebuie să fie pus decît dacă se observă, sau s-a observat în cursul aceluiași episod, o tulburare caracteristică a gîndirii, percepției, dispoziției, conduitei sau a personalității — de preferință în cel puțin două din aceste sectoare. Diagnosticul nu trebuie să fie limitat la afecțiuni cu evoluție prelungită, deteriorantă sau cronică. Diagnosticul odată stabilit pe criteriile de mai sus, clinicianul va trebui să se străduie de a preciza în funcție de simptomele principale, forma de schizofrenie despre care este vorba, pe baza subdiviziunilor următoare: forma simplă (295.0), forma hebefrenică (295.1), formă catatonică (295.2), forma paranoidă (295.3), forma schizofrenică acută (295.4), schizofrenia latentă (295.5), schizofrenia reziduală (295.6), schizofrenia schizo-afectivă (295.7), alte forme bine precizate de schizofrenie (295.8), forme neprecizate (nerecomandabil) (295.9): psihoze schizofreniforme FAI, reacție schizofrenică FAI, schizofrenie FAI.

3. *Psihoza paralogică (delirantă) sistematizată.* Deformare ideo-afectivă constituțională care devine manifestă la vîrsta adultă prin structurarea și dezvoltarea progresivă a unor tematici delirante, sistematizate cu o convingere hipertimică ireductibilă, în prezența

Scanned with CamScanner

integrității proceselor primare de cunoaștere și autoconducție, particularitate ce le-a atras acestor bolnavi și numele de „nebuni care gîndesc".

În structura personalității deliranților se remarcă următoarele trăsături premorbide :

— trăsături psihopatiforme — egofilie ambițioasă care conferă delirului caracterul revendicativ, persecutor ;

— trăsături hipertimiforme — încredere nelimitată în propriile forțe care conferă delirului caracterul megalomanic și forța pasională ireductibilă de propovăduire, excitată îndeosebi de prezența unei mulțimi dispusă să-i asculte ;

— trăsături schizofreniforme — rigiditate ideatorie conformistă care conferă constanță delirului.

Psihozele paralogice sistematizate se subdivid din punct de vedere clinic în *parafrenii* și *paranoia.*

Parafrenia (delir cronic halucinator sistematizat). Tematica delirantă se alimentează din halucinații și vise interpretate cu o convingere ireductibilă ca realități obiective și susținute cu expresivitate hipomaniacală confabulatorie.

Parafreniile apar ca forme clinice de trecere între schizofrenia paranoidă și delirul de interpretare — paranoia.

Paronoia (delir cronic sistematizat de interpretare). Atitudine apropiată de realitate, ceea ce face ca paranoicii să fie mai mult liberi decît în spitale de psihiatrie, deoarece în afara delirului care se alimentează din false interpretări, au o comportare relativ normală. Își pot disimula delirul sau să-i dea o motivare plauzibilă la prima vedere (deliruri de invenție, social-politice, mistice — cosmogonice, erotice, de prejudiciu etc.), susținîndu-l paralogic, cu o convingere de nestrămutat. Paranoicii lucrează pasional propovăduind, scriind și schematizînd tematicile lor delirante, purtînd adeseori cu ei dosare voluminoase și insemne pe care și le arogă ; în condiții de obscurantism pot induce convingeri și acțiuni sectare prin forța lor pasională de propovăduire.

(Vezi psihoze paralogice sistematizate).

CIB-9 = 297 Stările delirante.* ***Delimitează un tip de psihoză neclasificabilă ca schizofrenie sau psihoza afectivă, în care un delir de influență, de persecuție sau de altă natură constituie esențialul simptomatologiei. Ideile delirante sînt de natură relativ stabilă, elaborate și sistematizate.***

---

* Apud. *Glossaire,* op. cit.

Scanned with CamScanner

Psihoze predominant exogene

Psihozele și psihosindroamele predominant exogene apar ca urmare a unor suferințe encefalice primare sau secundare, de natură toxică, infecțioasă, parazitară, carențială sau traumatică (prin agenți fizici sau prin stress psihogen), fără a exclude însă semnificația factorului constituțional favorizant în cazul unor anumite particularități morbide.

Psihoze Endo-Exogene

Psihozele endo-exogene se particularizează printr-o perturbare mintală variabilă ca intensitate și durată (de la stări acute și tranzitorii și pînă la psihoze prelungite — cu sau fără risc demențial predominată uniform de elementul confuzional * *și ideație dislocată, consecutiv epuizării sau dereglării acțiunii fiziologice de lucru cortico-subcorticale sub influența unor factori determinanți relativ bine precizați.* Astfel, în anumite situații clinice, relația teren constituțional — mediu înconjurător apare suficient de evidentă spre a permite diferențierea rolului factorilor exogeni determinați (de natură psiho- sau bio-genă) față de semnificația terenului endogen favorizant. Modelul de referință al acestui grup de psihosindroame îl constituie — în primul rînd — psihozele reactive de natură psihogenă (sau situaționale).

1. *Psihozele reactive de natură psihogenă (CIB-9* = 298) se manifestă prin tulburări mintale predominate de anxietate (intricată uneori cu excitație euforică) și dislocarea funcțiilor de cunoaștere cu predominanța stării confuzionale (de la perplexitate sau siderație tranzitorie pînă la automatisme oniro-confuzive) și elemente delirante configurate pe dominanta unor trăiri de frustrație sau de prejudiciu care pot determina tendințe sau raptusuri autolitice.

Psihozele reactive de natură psihogenă sînt declanșate în mod acut prin zguduiri emoționale sau supraîncordări morale brutale ca de pildă în cazul calamităților naturale, a conflagrațiilor, a situațiilor de doliu, decepțiilor insuportabile, vexațiilor morale stigmatizante, privarea de libertate. Ele au de regulă o evoluție favorabilă (remisiune în decurs de zile sau săptămîni îndeosebi la persoanele tinere — deși în unele cazuri pot recidiva sau să conflueze de la

---

* Elementul confuzional survine totdeauna cînd procesele fundamentale ale ANS nu mai corespund nivelului optimal de activitate fiziologică cortico-subcorticală.

Scanned with CamScanner

început într-o psihoză trenantă) prin stingerea, anularea sau îndepărtarea factorului psihogen declanşator *.

CIB-9 = 298, include psihozele reactive de natură psihogenă sub titlul „Alte psihoze neorganice", *unde sînt reunite* „stări psihotice consecutive unei experienţe recent trăită" : *psihoza depresivă reactivă (298.0); excitaţia reactivă (298.1); confuzia reactivă (298.2); accesul delirant acut ** (298.3); psihoze reactive, fără precizare(298.9).*

(Vezi cap. Sindromul reactiv acut)

2. *Corelaţia endo-exogenă apare de asemenea manifestă în cazul apariţiei unor psihoze de alură acută sau paroxistică cu modificări homeostazice :*

a. delirul acut — encefalita psihotică azotemică acută — CIB-9 = 293), delirium tremens (291.0) ; psihoza Korsakov — de natură alcoolică — (291.1) sau de altă natură (294.0) ; psihoza post partum (294.4) :

b. *stări psihotice (crize, accese sau bufee) paroxistice :*

— accesul epileptic CIB-9 = 345 (sau echivalenţa sa) indus prin şoc emoţional, surmenaj fizic, intoxicaţii şi infecţii sau dezechilibre nutriţionale ;

— criza de beţie patologică (CIB-9 = 291.4) ;

— criza de dispomania vera (CIB-9 = 303).

În psihozele endo-exogene, dezvoltate prin corelarea factorilor ambientali cu terenul favorizant, există perturbări — mai mult sau mai puţin evidente — ale triplei funcţii de reglare neuro-endocrino-umorală şi respectiv a troficităţii encefalice, exprimată în fenomenologia mintală prin aceeaşi predominanţă confuzională şi dislocare ideo-afectivă (de scurtă sau de lungă durată, ca şi în cazul psihozelor predominant exogene *** (psihoze alcoolice, arteriosclerotice, post-encefalitice, boala post-traumatică a creierului etc.) clasificate în CIB sub grupajul „Psihoze organice" (290-294).

---

* În cazul stărilor psihotice reactive „excepţionale" (care au caracterul de episod unic prin imposibilitatea repetării sumative a complexităţii factorilor fizici şi mintali determinanţi la o personalitate echilibrată). Tulburările mintale sînt tranzitorii, de cîteva ore sau zile şi sînt incluse în CIB-9 la rubrica 308 sub titlul *Stări reactive acute datorită unor situaţii de grea încercare* şi la 309 sub titlul *Tulburări de adaptare.*

** „Accesul delirant acut" (bufeul delirant sau delires d'amblées (S. Follin) fără modificări homeostazice manifeste ce apare de obicei la persoane tinere „dezechilibrate" sau supuse unor mari dificultăţi existenţiale prelungite (emigranţii), nu se confundă cu encefalita psihotică azotemică acută (P. Marchand) cu ale sale brutale tulburări diencefalice caracteristice.

*** Folosim termenul de predominant exogen întrucît chiar şi în această situaţie de agresiune brutală asupra creierului, procesualitatea psihotică este variabilă de la caz la caz. Astfel nu orice bolnav cu neurosifilis dezvoltă şi o paralizie generală progresivă, după cum în cazul alcoolismului cronic numai unii bolnavi dezvoltă psihoza Korsakov etc.

Scanned with CamScanner

În același timp, datorită suferinței encefalodistrofiante leziunale, care intersează în primul rînd cortexul cerebral, în cazul psihozelor predominant exogene (cu excepția celor de natură psihogenă) riscul demențial amenință adeseori procesualitatea lor, spre deosebire de psihozele predominant endogene (hipertimice, discordante sau paralogic sistematizate) unde demențierea constituie o excepție, chiar după decenii de evoluție a bolii.

În schema noastră de clasificare, din anul 1962, grupajul de psihoze predominant exogene și *endo-exogene* este reunit sub titlul *Encefalodistrofii primare sau secundare (acute sau cronice)**. Acest grupaj se include în largă măsură în capitolul *Psihozelor organice* folosit de CIB în mod distinct față de capitolul *psihozelor neorganice* (pe care noi le-am denumit psihoze predominant endogene).

În cele ce urmează reproducem partea din schema noastră de clasificare care se referă la cauzalitatea psihotică predominant exogenă sau endo-exogenă, urmînd apoi detalierea clasificației CIB.

Encefalodistrofii Primare sau Secundare (Acute sau Cronice).

Simptomatologie polimorfă variabilă, cu predominența elementelor confuzionale și ideație dislocată — cu sau fără elemente delirante — consecutiv epuizării sau dereglării ANS :

— psihoze consecutive traumatismelor cerebrale prin diverși agenți fizici ;

— psihoze consecutive meningo-encefalitelor infecțioase ;

— psihoze consecutive encefalopatiilor toxice ;

— psihoze consecutive diverselor discrinii ;

— psihoze consecutive diferitelor boli viscerale ;

— psihoze prin leziuni cerebrale de focar — procese carcinatoase, metastatice, embolice, hemoragice, parazitare sau procese degenerative ;

— psihoze consecutive sumării unor noxe diferite ca în cazul psihozelor puerperale și al psihozei encefalitice azotemice acute.

Psihozele de involuție apar pentru prima oară după vîrsta de 45 ani (și de regulă după 65 ani), ca expresie a epuizării sau dereglării ANS prin sumarea unei complexități de factori endo-exogeni care fiecare luat în parte nu are un caracter semnificativ determinant (emoții negative situaționale, solicitare fizică sau mintală, intoxicații și infecții banale cumulate cu deficite neuroendocrine de uzură fiziologică). Psihosindroamele de pre-involuție și involuție sînt predominate de aceeași fenomenologie mintală de grup nosologic endo-exogen marcată prin depresie anxioasă cu tră-

---

1 P. Brânzei : *Directive pentru întocmirea observației psihiatrice*, Iași, 1962.

Scanned with CamScanner

sături de tip confuziv şi ideaţie dislocată de culpabilitate, negaţie şi prejudiciu.

Psihosindromul de involuţie (care nu este identic cu demenţa presenilă sau senilă) se poate dezvolta pînă la psihoze delirante de tip parafrenic cu alură hipomaniacală şi autoconducţie satisfăcătoare (starea delirantă involutivă, parafrenia tardivă sau parafrenia de involuţie CIB = 297.2) ; sau mai frecvent ca melancolie de involuţie (CIB-8 = 296.1) cu durere morală şi frică autoacuzatoare pînă la agitaţie anxioasă, iluzii şi false interpretări de prejudiciu ce pot ajunge pînă la delir sistematizat de negaţie a propriului organism.

(Vezi Cap. Starea melancolică).

VII. *Demenţele. Involuţia progresivă şi ireversibilă a funcţiilor de cunoaştere şi afective cu predominanţa tulburărilor de memorie, credulitate şi puerilism, consecutiv proceselor encefalodistrofice predominant exogene sau endogene.*

1. Demenţe prin encefalodistrofii predominant exogene (traumatice, toxice sau infecţioase), se întîlnesc şi la vîrsta infantilo-juvenilă.

2. Demenţe prin encefalodistrofii predominant endogene-dismetabolice de tip eredo-familial (coreea cronică Huntington, boala Pick şi Alzheimer care apar între 40—60 ani).

3. Demenţe prin encefalodistrofii endo-exogene :

a. predominant aterosclerotice cu sau fără hipertensiune arterială (apar de regulă după 60 de ani) ;

b. predominant parenchimatoase prin involuţie senilă (apar de regulă după 70 ani — presbiofrenia).

NOTĂ. Boala epileptică constituie un exemplu edificator atît în ceea ce priveşte polimorfismul etiopatogenic în psihiatrie cît şi în ceea ce priveşte dificultăţile de clasificare. CIB grupează epilepsia la codul 345).

Boala epileptică, determinată de cauze diferite endo-exogene, se caracterizează fundamental prin crize periodice de pierdere a cunoştinţei de scurtă durată, cu sau fără cădere şi convulsii.

Între crizele paroxistice de suprimare a conştiinţei, în cazul epilepsiei se poate dezvolta (neobligatoriu) un larg palier de tulburări mintale începînd de la particularităţi caracteriale şi pînă la stări psihotice sau demenţiale.

a. *Epilepsia fără tulburări psihice interparoxistice.*

Aura epileptică — halucinaţii preaccesuale.

Starea crepusculară post-accesuală sau starea secundă de întunecare a cunoştinţei.

Echivalenţa epileptică — automatismul psihomotor.

b. *Epilepsia cu tulburări psihice interparoxistice de tip psihopatic* (cverulenţă, iritabilitate explozivă, dificultate de adaptare so-

Scanned with CamScanner

cială), cu păstrarea relativă a discernămîntului critic asupra interrelațiilor sociale (CIB-9 = 301.3).

c. *Psihoza epileptică* — persistența interparoxistică a alterării discernămîntului critic, asocialitate (CIB-9 = 345).

d. *Demența epileptică* — deteriorare gravă și ireversibilă a activității psihice (CIB-9 = 294.1).

*

În vederea reducerii disparităților, CIB recurge la criteriul sindromatic, excluzînd pe cît posibil criteriul cauzal (care se codifică separat), reunind astfel în același grup al „psihozelor organice", ceeace noi diferențiem etio-patogenic ca psihoze exogene, psihoze endo-exogene și demențe, toate aceste grupe nosologice avînd ca numitor comun, în planul fenomenologiei mintale, alterarea preponderentă a funcțiilor de cunoaștere și de autoconducție :

> *CIB-9 290-294.* Stări psihotice organice *. *Sub această denumire, se delimitează sindroame caracterizate printr-o alterare a orientării, memoriei, înțelegerii, previziunii, a capacității de a înțelege și de a judeca. Alături de aceste caractere esențiale, pot să existe de asemenea o superficialitate sau o labilitate afectivă, sau mai curînd o tulburare mai persistentă a dispoziției, o scădere a moralității, o exagerare sau o exteriorizare a unor trăsături de caracter și o scădere a capacității de a lua singur decizii.*
>
> *Termenul* demență *delimitează psihozele organice, definite ca* mai sus, de natură cronică sau progresivă și care, netratate, sînt *de obicei ireversibile și fatale.*
>
> *Termenul* delirium *delimitează psihozele organice acute cu evoluție scurtă și în care caracteristicile de mai sus sînt mascate de întunecarea conștiinței, confuzie, dezorientare, iluzii și adesea halucinații intense.*

*

După cum a rezultat deja din expunerea datelor, codificarea clasificației internaționale a bolilor este zecimală.

Primele două poziții ale codului, adică numerele de la 00 la 99 reprezintă clasele bolilor. De exemplu codul psihozelor este 29, cel al nevrozelor, tulburărilor de personalitate și alte tulburări mintale ne-psihotice este 30 etc.

Bolile care intră în aceste clase sînt delimitate prin a treia cifră notată de la 0 la 9. De exemplu : schizofrenia care constituie a cincea grupă din clasa psihozelor, este delimitată prin codul 29 + 5 = 295.

---

* Apud CIB rev. IX, vol. I, Ed. Min. Săn. București, 1978.

Scanned with CamScanner

Forma clinică de boală este delimitată prin a patra cifră, de asemenea notată de la 0 la 9, separată de precedenta prin punct. De exemplu : nevrozele 30 + 0., forma anxioasă 0 = 300.0.

Clasificarea codificată zecimal are avantajul de a facilita în mod necesar prelucrarea electronică a datelor, indispensabilă în prezent pentru cercetările epidemiologice de mare avengură, cît şi pentru studiul particularităţilor în formularea diagnosticului clinic. După cum se ştie, în formularea diagnosticului este necesar — pe cît posibil — ca prima parte să fie enunţiativă şi a doua parte explicativă. De exemplu : epilepsie cu tulburări psihice de tip comportamental, consecutiv encefalopatie traumatică.

Odată cu perfecţionarea clasificării fenomenologice în sistemul zecimal şi respectiv renunţarea la rubricile mixte de codificare, CIB-9 dezvoltă criteriul multiaxial (deja inclus în CIB-8), corelaţiile somatice sau cauzale fiind raportate la un al doilea cod (distinct de capitolul V al bolilor mintale). Drept urmare, exemplul formulat mai sus se codifică în felul următor : tulburări psihice ne-psihotice asociate la boli somatice = 309 şi epilepsia = 345.

Sistemul de clasificare a bolilor psihice pune o multitudine de probleme şi cu atît mai mult în ceea ce priveşte apropierea unor opinii divergente, situaţie care se desfăşoară şi după revizia a noua, subliniind astfel necesitatea racordării fiecărui nomenclator la criteriile generale CIB *. Această situaţie ne-a determinat să insistăm asupra *Tabelului Analitic* CIB-9, atît pentru reflecţii euristice despre nosologia psihiatrică, cît şi pentru sublinierea semnificaţiei utilizării sale curente în practica medicală.

Drept urmare, redăm alăturat, pentru cei interesaţi, un tabel sinoptic al *Clasificaţiei Internaţionale a Bolilor*, corespunzător reviziei a IX-a *, cu raportare concomitentă la *Lista de Bază* şi *Tabelul Analitic*.

---

* Luînd în considerare acordul dr. Al. Manuila — directorul Programului de Informare Sanitară şi Biomedicală OMS — de a utiliza în traducere unele părţi din *Glosarul şi ghidul de clasificare a tulburărilor mintale*, cît şi aprecierea favorabilă exprimată de dr. N. Sartorius — şeful Biroului de Sănătate Mintală OMS — referitor la contribuţia adusă de noi la revizia a noua CIB, în numele şcolii de la „Socola", le adresăm omagii colegiale.

Scanned with CamScanner

V. TULBURĂRILE MINTALE

(revizia a IX-a CIB)

Lista de bază / Grupa de boli	Denumirea bolilor	Corespondența cu tabelul analitic
210	*Stările psihotice organice, senile și presenile :*	290.
	— demența senilă, forma simplă	0
	— demența presenilă	1
	— demența senilă forma depresivă sau delirantă	2
	— demența senilă cu stare confuzională acută	3
	— demența arteriopatică	4
	— altele	8
	— fără precizare (FAI)	9
213.0	*Psihozele alcoolice :*	291.
	— delirium tremens	0
	— psihoza Korsakov alcoolică	1
	— alte demențe alcoolice	2
	— alte stări halucinatorii alcoolice	3
	— beția patologică	4
	— delirul alcoolic de gelozie	5
	— altele	8
	— fără precizare	9
213.1	*Psihozele datorite drogurilor :*	292.
	— sindromul datorit întreruperii administrării de drog	0
	— stări delirante și halucinatorii datorite drogurilor	1
	— forma patologică de intoxicație prin droguri	2
	— altele	8
	— fără precizare	9
213.1	*Stările psihotice organice tranzitorii :*	293.
	— stări confuzionale acute	0
	— stările confuzionale subacute	1
	— altele	8
	— fără precizare	9
213.1	*Alte stări psihotice organice (cronice) :*	294.
	— psihoza sau sindromul Korsakov (nealcoolic)	0
	— demența asociată afecțiunilor clasate în altă parte	1
	— altele	8
	— fără precizare	9

Scanned with CamScanner

Lista de bază / Grupa de boli	Denumirea bolilor	Corespondența cu tabelul analitic
211	*Psihozele schizofrenice :*	295.
	— forma simplă	0
	— forma hebefrenică	1
	— forma catatonică	2
	— forma paranoidă	3
	— episodul schizofrenic acut	4
	— schizofrenia latentă	5
	— schizofrenia reziduală	6
	— forma schizo-afectivă	7
	— altele	8
	— forma neprecizată	9
212	*Psihozele afective :*	296.
	— psihoza maniaco-depresivă, forma maniacală	0
	— psihoza maniaco-depresivă, forma depresivă	1
	— psihoza maniaco-depresivă, forma circulară, în perioada maniacală	2
	— psihoza maniaco-depresivă, forma circulară, în perioada depresivă	3
	— psihoza maniaco-depresivă, forma circulară mixtă	4
	— psihoza maniaco-depresivă, forma circulară, starea actuală nefiind indicată	5
	— alte psihoze maniaco-depresive și fără precizare	6
	— alte psihoze afective	8
	— fără precizare	9
213.1	*Stările delirante :*	297.
	— starea delirantă formă simplă	0
	— paranoia	1
	— parafrenia	2
	— psihoza indusă (folia în doi)	3
	— altele	8
	— fără precizare	9
213.1	*Alte psihoze neorganice :*	298.
	— forma depresivă	0
	— starea de excitație	1
	— confuzia reactivă	2
	— accesele (bufeurile) delirante	3
	— psihoza delirantă psihogenă	4
	— altă psihoză reactivă și neprecizată	8
	— psihoza neprecizată	9
213.1	*Psihozele specifice copilăriei :*	299.
	— autismul infantil (sindromul Kanner)	0
	— psihoza dezintegrativă (sindromul Heller)	1
	— altele (psihoza infantilă atipică)	8
	— fără precizare (psihoza la copil)	9

Scanned with CamScanner

Lista de bază / Grupa de boli	Denumirea bolilor	Corespondența cu tabelul analitic
214.0	*Tulburările nevrotice :*	300.
	— stările anxioase	0
	— isteria	1
	— stările fobice	2
	— tulburările obsesive și compulsive (nevroza anancastică)	3
	— depresiunea nevrotică (depresiunea anxioasă)	4
	— neurastenia	5
	— sindromul de depersonalizare (derealizarea nevrotică)	6
	— hipocondria	7
	— alte tulburări nevrotice	8
	— fără precizare	9
214.1	*Tulburările de personalitate :*	301.
	— personalitate paranoiacă (caracter paranoiac, personalitate fanatică)	0
	— personalitate distimică — afectivă — (ciclică, ciclotimă, depresivă)	1
	— personalitate schizoidă	2
	— personalitate epileptoidă (explozivă)	3
	— personalitate obsesională (compulsională)	4
	— personalitate isterică (histrionism, personalitate infantilă)	5
	— personalitate astenică (pasivă)	6
	— tulburarea de personalitate cu predominanța manifestărilor sociopatice sau asociale (personalitate amorală, antisocială, asocială)	7
	— altele (personalitate excentrică (de tip „haltos"), imatură, pasivă, agresivă, psihonevrotică)	8
	— fără precizare	9
219	*Deviațiile și tulburările sexuale :*	302.
	— homosexualitatea (lesbianismul, sodomia homosexuală)	0
	— bestialitatea (raporturi sexuale sau anale cu animale)	1
	— pedofilia	2
	— transvestismul	3
	— exhibiționismul	4
	— transsexualismul	5
	— tulburările de identitate psiho-sexuală	6
	— frigiditatea și impotența (dispareunia psihogenă)	7
	— altele (fetișismul, masochismul, sadismul)	8
	— fără precizare	9

Scanned with CamScanner

Lista de bază / Grupa de boli	Denumirea bolilor	Corespondența cu tabelul analitic
215	*Sindromul dependenței alcoolice* (alcoolismul cronic, dipsomania, beția acută la un alcoolic)	303.
216	*Farmacodependența :*	304.
	— tipul morfinic	0
	— tipul barbituric	1
	— tipul cocainic	2
	— canabismul	3
	— tipul amfetaminic și alți psihostimulatori	4
	— halucinogene	5
	— altele (inhalare de clei, toxicomania cu absint)	6
	— asocierea drogului morfinic cu altă substanță	7
	— asocierea care nu cuprinde drog de tip morfinic	8
	— fără precizare	9
219	*Abuz de droguri la o persoană nedependență de acestea :*	305.
	— alcoolul	0
	— tutunul	1
	— cannabis	2
	— halucinogenele (cazuri de intoxicație acută sau „mauvais voyage", reacția la LDS	3
	— barbiturice și tranchilizante	4
	— tip morfinic	5
	— tip cocainic	6
	— tip amfetaminic	7
	— antidepresive	8
	— altele, asociate și fără precizare (folosirea greșită a drogurilor FAI, luarea obișnuită a laxativelor, luarea de medicamente sau droguri neprescrise)	9
217	*Tulburările de funcționare fiziologică de origine psihică :*	306.
	— osteo-musculare (torticolis psihogen)	0
	— respiratorii	1
	— cardio-vasculare	2
	— cutanate	3
	— gastro-intestinale	4
	— genito-urinare	5
	— endocriniene	6
	— senzoriale (cu excepția surdității și cecității isterice — 300.1)	7
	— altele	8
	— fără precizare	9

Scanned with CamScanner

Lista de bază / Grupa de boli	Denumirea bolilor	Corespondența cu tabelul analitic
219	*Simptomele sau tulburările speciale neclasate în altă parte :*	307.
	— bîlbîitul	0
	— anorexia mintală	1
	— ticurile	2
	— mișcările stereotipe	3
	— tulburările somnului de origine neorganică (cînd nu se poate face un diagnostic mai precis : coșmaruri, hipersomnie, insomnie, inversiunea ritmului de somn, somnambulismul, spaimă nocturnă)	4
	— alte (tulburări de alimentație sau cele neprecizate — de origine neorganică — cînd nu se poate face un diagnostic mai precis ; bulimie, pierderea apetitului, Pica (apetit denaturat), tulburări de alimentație ale copilului, vomismentele psihogene)	
	— enurezis (primar sau secundar de orgine neorganică)	6
	— encoprezis (continuu sau discontinuu) de origine neorganică	7
	— psihalgiile (cefalee psihogenă, dorsalgie psihogenă)	8
	— altele și fără precizare (nu se recomandă folosirea : smulgerea părului, masturbația, onihofagia, sugerea policelui, zăzăială)	9
219	*Stările reactive acute la o situație excepțională — de grea încercare (cu o durată de ore sau zile) :*	308.
	— cu tulburări predominante ale afectivității	0
	— cu tulburări predominante din partea conștiinței	1
	— cu tulburări predominante din partea psihomotricității	2
	— altele	8
	— mixte	4
	— fără precizare	9
219	*Tulburări de adaptare : (tulburări reactive prin stress important, cu o durată de cîteva luni)*	309.
	— reacția depresivă scurtă	0
	— reacția depresivă prelungită	1
	— cu alte tulburări predominante ale afectivității afară de cele depresive (anxietate anormală de separare, șoc cultural)	2
	— cu tulburări predominante de conduită	3
	— altele	8
	— fără precizare	9

Scanned with CamScanner

Lista de bază / Grupa de boli	Denumirea bolilor	Corespondența cu tabelul analitic
219	*Tulburările mintale specifice nepsihotice, consecutive la o leziune cerebrală organică :*	310.
	— sindromul frontal (sindromul post-leucotomie)	0
	— modificările intelectuale sau ale personalității de alt tip (psihosindromul organic ne-psihotic)	1
	— sindromul post-traumatic (comoțional sau contuzional)	2
	— altele (tulburările care se aseamănă cu sindromul post-traumatic asociate cu o boală infecțioasă sau alta a creierului sau a țesuturilor anexe)	8
	— alte psihosindroame organice focalizate (parțiale)	
219	*Tulburările depresive neclasate în altă parte*	311.
219	*Tulburările de comportament neclasate în altă parte (comportament anormal agresiv, destructiv și delincvență) :*	
	— tulburările de conduită manifestate individual (solitar)	0
	— tulburările de conduită în grup (delincvență de grup)	1
	— tulburările de conduită de natură compulsională	2
	— tulburările mixte de conduită și de afectivitate (delincvență nevrotică sub formă de spaimă, primejdie sau obsesie)	3
	— altele	8
	— fără precizare	9
219	*Tulburările de afectivitate specifice copilăriei :*	313.
	— sub formă de neliniște și teamă	0
	— sub formă de tristețe și chinuri morale	1
	— cu hipersensibilitate, timiditate și retragere socială	2
	— sub forma dificultăților relaționale (include și gelozia familială)	3
	— altele sau mixte	8
	— fără precizare	9
219	*Instabilitatea copilăriei :*	314.
	— perturbarea simplă a activității și atenției (include hiperreactivitatea FAI)	0
	— instabilitatea cu întîrzierea dezvoltării	1
	— tulburările conduitei legate de instabilitate	2
	— altele	8
	— fără precizare	9

Scanned with CamScanner

Lista de bază / Grupa de boli	Denumirea bolilor	Corespondența cu tabelul analitic
219	*Întîrzieri specifice ale dezvoltării :*	315.
	— întîrzierea specifică a lecturii (include dislexia funcțională, dificultăți specifice de ortografie)	0
	— dificultăți specifice la calcul (discalculia)	1
	— alte dificultăți specifice de însușire școlară	2
	— tulburările de dezvoltare a vorbirii și graiului (afazia de dezvoltare, dislalia)	3
	— întîrzierea specifică a motricității (stîngăcia, sindromul dispraxic)	4
	— tulburările mixte de dezvoltare	5
	— altele	8
	— fără precizare	9
219	*Factorii psihici asociați cu afecțiunile clasate în altă parte :*	316.
	— (tulburările mintale sau factorii psihici de orice natură, presupuși a juca un rol major în etiologia afecțiunilor somatice care comportă în mod obișnuit leziuni ale țesuturilor clasificate în altă parte) ; dacă este necesar se va utiliza un al doilea cod suplimentar pentru a identifica afecțiunea somatică, ca de exemplu :	
	— astm psihogen 316 și 493.9	
	— colita mucoasă psihogenă 316 și 564.1	
	— colita ulceroasă psihogenă 316 și 556	
	— dermita psihogenă 316 și 692	
	— eczema psihogenă 316 și 691 sau 692	
	— nanismul psiho-social 316 și 259.4	
	— ulcerul gastric psihogen 316 și 531	
	— urticaria psihogenă 316 și 708	
218.0	*Înapoierea mintală ușoară* (debilitatea mintală, deficiența mintală) ; Q.I. 50-70	318.
	Alte întîrzieri (înapoieri) mintale cu nivel precizat :	318.
218.1	— întîrzierea (înapoierea) mintală mijlocie (imbecibilitatea) ; Q.I. 35—49	0
218.2	— întîrzierea (înapoierea) mintală gravă ; Q.I. 20—34	1
	— întîrzierea (înapoierea) mintală profundă (idioția) ; Q.I. sub 20	2
218.3	Înapoierea mintală cu nivel neprecizat (insuficiența mintală FAI)	319.

Scanned with CamScanner

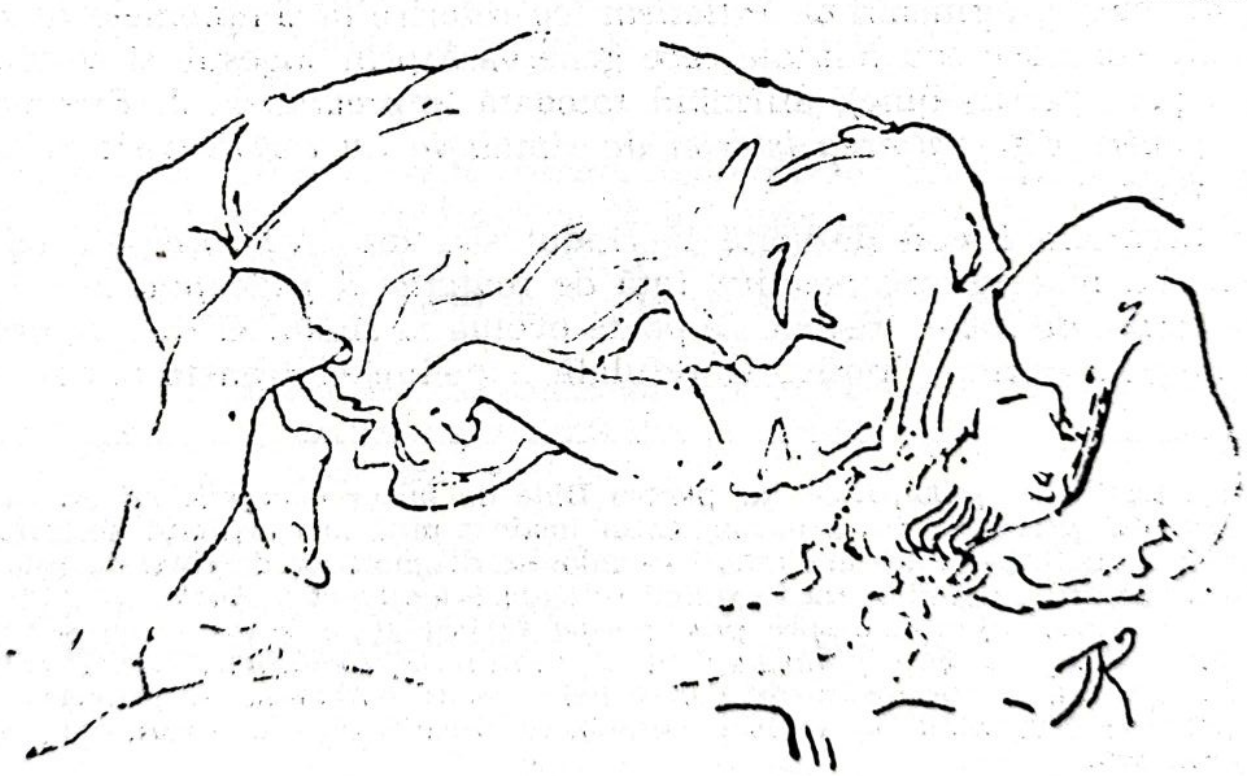
FINTINARU-NECULAI

Conversiunile psihogene

— egofilie structurală sau refugiu în boală (pitiatismul, simulația și isteria; nevroza de conversiune sau sindromul psihogenetic).

Tot ceea ce isteria și pitiatismul sînt capabile de a face, simulația poate reproduce; această constatare nu trebuie însă să ne determine să confundăm isteria și simulațiile.

Babinski



„Puntea" în marele acces isteric.
(Apud J. Grasset et G. Rauzier, 1893)

Caracterul „proteiform" al psihogeniei * *isterice* (atribuită de către anticii filozofi uterului — „animal care atunci, cînd nu este

* Noțiunea de psihogeneză, care se referă în general la originea și dezvoltarea activității psihice, are pentru Freud semnificația de *origine ideo-instinc-*

satisfăcut, se supără străbătînd corpul în toate sensurile, provocînd tot felul de indispoziții și boale") a fost remarcat de Sydenham, în 1680, cînd avertiza că „isteria este marea simulatoare a bolilor organice". (Apud Briquet : *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859).

Reactualizînd hipnotismul și omologîndu-l cu „*Marea nevroză — Isteria*", prin „stigmatele" sale, Charcot caută să demonstreze substratul fiziopatologic al fenomenelor psihogene *.

Reacționînd față de orientarea fiziopatologizantă, Ch. Richet, Gley, Féré, Binet, Liébault și îndeosebi Bernheim și aderenții săi, susțineau că sugestibilitatea — și prin ea hipnotismul și isteria — constituie o modalitate universală de manifestare a *credivității* umane ** (vezi în continuare partea a III-a — Psihoterapia).

Drept urmare a identificării „marii isterii" de la Salpêtrière, cu efectul sugestiv indus prin tentativa de neurologizare a hipnotismului, se precizează apoi tot mai mult caracterul psihogenetic al manifestărilor isterice și a corelațiilor acestora cu simulația mai mult sau mai puțin conștientizată.

În acest sens, Babinski, introduce, în 1901, ca sinonim al noțiunii de isterie, termenul de *Pitiatism* (cu referire la simptomele funcționale somatice sau mintale care generează prin sugestie și se vindecă prin persuasiune), afirmînd totodată împreună cu J. Froment că „*pentru diferențierea isteriei de simulație nu există decît criteriul moral*" ***.

Sigmund Freud dezvoltă la rîndul său teza *Nevrozei de neliniște* (ca manifestare reactivă față de *tentație și pedeapsă*, ascunsă sub formă de fobie), reacție ce poate evolua la rîndul ei ca o *Nevroză de conversiune* (motivația refulată a neliniștei transformîndu-se

---

tivă a unei stări psihopatice, iar pentru Dide de *factor energetic mintal* care se dezvoltă progresiv de la inconștientul instinct pînă la conștiința abstractă. Parhon și Ballif — între alți autori — folosesc diagnosticul de *sindrom psihogenetic* pentru a defini în mod explicit *refugiul intenționat în boală*.

Conținutul noțiunii despre *psihogeneză* se întregește semantic cu semnificația noțiunii despre *psihogenie* ca mecanism al conduitelor, afecțiunilor mintale sau ale unor modificări funcționale, sensul noțiunilor de psihogeneză și psihogenie opunîndu-se, în mod definitoriu, semnificației de *organicism* sau *organicitate*.

* J. Charcot : Acad. des sciences, 13 févr. 1882.

** Bernheim : *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille* ; Traité, 1886, 1890, 1891 etc.

*** J. Babinski : *L'hypnotisme*, 1891 ; *Définition de l'hystérie*, 1901 ; *Le démembrement de l'hystérie*, 1909 ; *Exposé des travaux scientifiques*, 1913 ; etc.

J. Babinski et J. Froment : *Hystérie-Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre-réflexe*. Ed. Masson, 1918.

J. Froment : *L'hystérie après Babinski*. Journ, de méd., Lyon, 1934 etc.

Scanned with CamScanner

în simptome somatice : paralizii, anestezii, tulburări funcționale, organice sau psihice) *.

Freud precizează în același timp că istericul se abate de la comportamentul obișnuit prin predilecția pe care o manifestă față de instinctul de conservare și derivatele sale egoiste, în opoziție cu prodigalitatea superficială a instinctului sexual. Acest punct de vedere este exprimat programatic între alți autori și de Maurice Dide, care diferențiază personalitatea isterică prin caracterul său de „egoism instinctual" și „infantilism sexual prelungit" **.

Față de concepția psihogenetică a isteriei, interpretată de Babinski ca *Pitiatism* și de către Freud ca *Nevroză de conversiune*, Kretschmer aduce precizarea *Refugiului în boală* (die Flucht in die Krankheit), punct de vedere caracteristic dealtfel orientării majorității autorilor clasici germani, mai vechi sau mai apropiați de epoca contemporană :

> *Isteria nu este o boală propriu-zisă, ci o formă de reacție psihică în care însești manifestările fizice au o nuanță psihogenă pregătită pe cale afectivă, prin sugestie, și care demonstrează o tendință specială caracterizată prin voința de a fi bolnav, prin refugiul în boală, prin defectul conștiinței de sănătate și prin scopul bolii* **.

Scopul voinței de a fi bolnav, deosebit de expresiv în „Rentenhysterie" și mai ales în timp de război, este acceptat între numeroși alți autori și de către profesorii Parhon și Ballif, și colaboratorii, care folosesc în acest scop termenul de *sindrom psihogenetic :*

> *Isteria nu este decît un refugiu pentru sufletele slabe care recurg la simulație urmărind un profit, terenul avînd rolul de factor favorizant* ****.

Definirea „sindromului psihogenetic" în sensul de „refugiu în boală" determinat de un interes, respectiv o „simulație" mai mult sau mai puțin conștientizată (punct de vedere care, după Parhon,

---

* S. Freud : *Introductions dans la psychanalyse*. Trad. Ed. Payot, Paris, 1925.
Régis et Hesnard : *La psychanalyse des névroses et psychoses*. Ed. Alcan, Paris, 1922.

** M. Dide : *L'hystérie et l'évolution humaine*. Ed. Flammarion, Paris, 1935.

*** E. Kretschmer : *La psychologie médicale*. Trad. Ed. Payot, Paris, 1927.

**** C. I. Parhon ; *L'hystérie, syndrome psychogénétique*. Bul. NPPE, București, 1931, nr. 2.

Scanned with CamScanner

s-ar opune concepției lui Babinski despre pitiatism * înțeles ca produs al sugestiei prin „mecanism afectiv"), nu exclude totuși posibilitatea influenței sugestiei în generarea manifestărilor așa-zise isterice :

> *Noi trebuie să concludem că în cadrul fenomenelor calificate drept isterice, un rol cu totul deosebit îl are mecanismul psihogen foarte apropiat de cel al simulației, dacă nu identic cu aceasta din urmă, ceea ce exclude intervenția în alte cazuri a unor mecanisme diferite (sugestie, conversiune) etc.* **.

În ceea ce privește *terenul* favorizant al manifestărilor psihogenetice, Parhon și colaboratorii îl identifică în primul rînd cu diverse disfuncții endocrino-vegetative, fără a se exclude însă și rolul inductor al mediului social.

Răspunzînd la articolul lui Noica *Cum este concepută isteria în mediul neurologic român* ***, Parhon aduce următoarele argumente pentru susținerea punctului său de vedere :

> *În ceea ce privește latura teoretică a chestiunii, am de spus următoarele :*
>
> *Eu nu am afirmat că istericii sînt simulanți, ci că fenomenele catalogate sub acest nume sînt realizate de bolnav prin mecanismul actelor voluntare, și că ele au la bază interesul celor ce le prezintă.*
>
> *Nu am afirmat că acești isterici sînt simulanți, pentru că de fapt este imposibil sau aproape imposibil să cunoaștem exact starea de conștiință a cuiva.*
>
> *Pe de altă parte, fără să contestăm în mod absolut producerea pe cale sugestivă a unor manifestări catalogate sub diagnosticul de isterie, mă cred îndreptățit să susțin că interesul și nu auto sau heterosugestia a fost factorul esențial care a produs în marea majoritate, dacă nu în toate cazurile de mutism isteric, hemiplegii, paraplegii, camptocormii etc. observate în timpul războiului mondial...*
>
> *Imi este greu să admit spre exemplu că torpilajul lui Clovis Vincent este o metodă care lucrează prin sugestie. Acest tratament face pe bolnav să simtă o suferință actuală foarte reală și insuportabilă, mai sigură în tot cazul decît o eventuală rănire pe front...*

---

* Babinski nu a încetat de fapt nici un moment să suspecteze isteria de simulație : (Exposé de travaux scientifique p. 214-215).

** C. I. Parhon et M. Solomon : *Tremblement hystérique ou hysséro-organique ;Considérations sur la pathogénie de certaines manifestations hystérique.* Bul. NPPE Iași, 1923, nr. 5, 6, 7, p. 81-84.

*** G. Noica : *Cum este concepută isteria în mediul neurologic român,* România medicală, 1936, nr. 3.

Scanned with CamScanner

De asemenea, pentru ce accesele isterice au totdeauna nevoie de spectatori și nu se produc cînd sala este goală ?
Pentru ce izolarea le face să dispară ?
De ce contracturile isterice dispar în timpul somnului ?

Babinski a avut desigur marele merit de a fi delimitat cîmpul isteriei, dar concepția sa a fost, după cele ce cred, necorespunzătoare majorității faptelor. (Marinescu afirmă de asemenea că „la baza fenomenelor isterice nu se găsește sugestia" — România medicală, 1936, nr. 5. p. 57—58).
(C. I. Parhon : *Ce este și ce nu este isteria.*
Opere alese, Ed. Acad. R.P.R., 1957, vol. II, pp. 36—38).

În această dispută de principii, Leon Ballif are meritul de a fi atras atenția, printre primii din lume (prin studii de neurofiziologie clinică), asupra unor perturbări asemănătoare isteriei provocate de encefalita letargică, semnalînd astfel riscul unui diagnostic de pitiatism în cazul unor suferințe organice ignorate sau neidentificate :

În ședința din 20 iulie 1922, unul din noi a prezentat observațiile a doi bolnavi cu tulburări respiratorii* pentru a atrage atenția asupra faptului că este posibil ca un număr de tahipnei, ticuri și alte tulburări respiratorii, considerate ca fiind de natură isterică, pot fi determinate de encefalita letargică.

*Astăzi**, vă prezentăm observațiile a încă alți patru bolnavi cu aproape același sindrom respirator, consecutiv de asemenea encefalitei letargice...*

În afara tulburărilor respiratorii, interesul acestor cazuri rezidă în analogia manifestărilor clinice pe care le prezintă cu manifestările care erau considerate altă dată ca fiind totdeauna de natură pitiatică...

Corelativ cu „asemănările" între fenomenele psihogenetice și cele provocate de leziuni cerebrale, subliniem că Parhon și colaboratorii au semnalat, încă din perioada anilor 1907—1927, unele relații fiziopatologice dintre encefalite (între care și „gripa"), sindromul parkinsonian, tulburările endocrine și leziunile subcorticale ***.

---

* L. Ballif : *Tachipnée hystérique ou tachipnée postencéphalitique ?* — Bul. NPPE Iași 1923 (4-e année), nr. 5-6-7, p. 96-101.

** L. Ballif et V. Mîrza : *Troubles respiratoires et mentaux séquelles d'encéphalite léthargique chez les enfants.* Bul. NPPE Iași, 1923 (5-e année), p. 113.

*** C. I. Parhon et Charlotte Ballif : *Syndromes parkinsoniens et état léthargique presque permanent consécutifs à l'encéphalite léthargique.* Bul. NPPE Iași, 1921, nr. 1, p. 23-31.

Scanned with CamScanner

Concepția școlii psihiatrice de la „Socola" despre psihogeneza isteriei constituie o latură dialectică față de concepția fiziopatologizantă a isteriei, diferențiind calitativ aspectele funcționale generate de refugiu în boală, față de manifestările relativ asemănătoare generate prin suferințe cerebrale.

Concepția despre sindromul psihogenetic implică în consecință o atitudine competentă care exclude pe de o parte formularea diagnosticului de simulație, și pe de altă parte confundarea refugiului în boală cu manifestările de fațadă generate de boli mintale sau somatice *.

Concepția organicistă sau fiziopatologică a isteriei. Deși scrupulosul Babinski ajunsese, încă din 1909, să afirme că *„manifestările isterice și tulburările lezionale sînt despărțite de un abis"*, conducîndu-se după criteriul că *voința isericului nu poate reproduce cu exactitate semnele clinice obiective*, în perioada 1925—1936 asistăm la o reviviscență a teoriei fiziopatologizante a isteriei — în primul rînd prin intermediul profesorului Marinescu, ultimul strălucit emul al Școlii lui Charcot.

Resuscitarea organicismului isteriei a fost condiționată, pe de o parte, de constatările lui Hess, Cannon și Cushing care au produs experimental (prin lezări diencefalice) tulburări de somn, de nutriție și ale instinctului sexual, demonstrînd astfel că viața instinctivă se află cantonată în nucleii cenușii subcorticali și, pe de altă parte, de faptul că unele tulburări asemănătoare isteriei pot fi provocate de encefalita letargică.

Aceste asemănări au determinat pe unii autori ca soții Vogt, Papastratigakis, Pienkowski, Ludo van Bogaert, Delbeke, Briand și Rouquier, Bing etc., și în primul rînd pe A. Radovici, să vorbească (sub emulația studiilor prof. Marinescu despre fiziopatologia isteriei), despre un substrat organic reversibil al isteriei cu localizare

---

C. I. Parhon et Elena Preda : *Syndrome de parkinson chez une jeune fille de 10 ans.* Bul. NPPE Iași, 1921, nr. 1, p. 31-34.

C. I. Parhon : *Syndromes pseudo-bulbaire et parkinsonien post-encéphalitiques chez la même malade.* Bul. NPPE Iași, 1922, nr. 1-2, p. 21-24.

C. I. Parhon et M. Garofeau : *Quelques considérations sur un cas d'encéphalite léthargique,* Bul. NPPE Iași, 1923 (5-e année) p. 34-37.

* L. Ballif, Maria Briese, Florica Petrescu : *Dates statistiques dans le VI-éme section mixte (service neurologique) de l'hôpital Z. I. 285* ; A. Moruzi : *Suspicions de simulations en temps de guerre et l'encéphalographie* (Rezumatele ședințelor Soc. de NPPE secția Iași, în perioada anilor 1941—1942 inserate în Rev. Medico-Chirurgicală Iași, 1943, nr. 3-4, p. 384-402).

D. Grigorescu și Tristian Iacob : *Neuropatologie de război.* Ed. Sibiu 1943.

I. Olteanu : *Isteria și simulările în timp de război.* România medicală, 1943, nr. 3, p. 39.

P. Brânzei : *Considerațiuni asupra sindromului psihogenetic pe 30 cazuri clinice.* Rez. înserat în Medicina română, 1947, nr. 3, p. 45.

Scanned with CamScanner

predominant opto-striată, asemănătoare parkinsonismului encefalitic *.

Întrucît concepția prof. Marinescu cu privire la *„Fiziopatologia isteriei"* a iscat un prelungit răsunet internațional, credem că se cuvine a fi comentată mai pe larg.

Reținînd aspectele calitativ diferite ale manifestărilor isterice față de suferințele lezionale encefalitice, Marinescu a susținut într-o suită de interesante comunicări, articole și studii, publicate între anii 1925—1936 **, existența unei fiziopatologii caracteristică isteriei, *deoarece toate bolile, toate complexele de fenomene, trebuie să recunoască un astfel de mecanism.*

De asemenea, consideră că *la baza fenomenelor isterice nu se găsește sugestia, deoarece pitiatismul este efectul ruperii echilibrului neuro-vegetativ, a funcționării scoarței și a centrilor subjacenți, care în stare normală funcționează într-un mod armonios.*

Pentru aceleași considerente se declară în dezacord cu punctul de vedere susținut de Parhon și Ballif relativ la sindromul psihogenetic, apreciind *interesul ca un fapt prea general,* și sugerează să se introducă *noțiunea de constituție și temperament în aceste modificări isteria fiind expresia variațiilor perturbărilor endocrine și ale sistemului nervos vegetativ* *** :

---

* Marinesco, Radovici et Dragomiresco : *Accés paroxystiques de déviations conjugueé de la téte et des yeux, au cours du parkinsonisme post-encéphalitique.* Rev. Neurol. 1952, nr. 2.

Marinesco et Radovici : *Des rapports de l'encéphalite epidémique avec certains troubles hystériyue,* Journ. Neurol. et Psychol. Bruxelles, 1926 nr. 5.

Al. Radovici : *L'hystérie et les états hystéroides organiques.* Soc. Neurol., juin. 1930.

A. Radovici : *Revizuirea problemei isteriei.* România medicală, 1936. nr. 10.

Cu ocazia congresului al IX-lea al Societății de Psihiatrie Neurologie, Psihologie și Endocrinologie din 25 oct. 1929, Gh. Marinescu a prezentat raportul *Considerațiuni asupra mecanismului fiziologic al isteriei,* în cadrul căruia susține (ca și A. Radovici care a prezentat raportul *Asupra relațiunilor isteriei cu boalele organice ale sistemului nervos),* că tulburările isterice s-ar datora unor leziuni bio-chimice reversibile la nivelul neostriatului. Contrar acestui punct de vedere, C. I. Parhon și L. Ballif afirmau cu aceeași ocazie că isteria constituie un *sindrom psihogenetic* (Rez. Congresului în România medicală, 1929, nr. 21, pag. 234).

** Prof. Marinescu și-a rezumat de o manieră sintetică concepția despre fiziopatologia isteriei într-o suită de articole intitulate *Cîteva noi date asupra isteriei* publicate în România medicală, 1936, nr. 4, 5, 6, ca răspuns la articolul Dr. Noica (op. cit.).

*** Școala de la Iași subliniase de altfel acest punct de vedere încă de la începuturile ei :

E. Savin : *Pathogénie de l'hystérie.* Bul. NPPE, Iași, 1919, nr. 2.

E. Savini : *Quelques rémarques sur deux cas d'hystérie masculine.* Bul. NPPE, Iași 1921, nr. 1-2, p. 7-9.

Zoe Caraman : *Un cas d'hystérie masculine.* Bul. NPPE. Iași, 1923 (5-e année).

Zoe Caraman : *Sur un cas d'hystérie chez une filette de 12 ans.* Bul. NPPE Iași 1931, nr. 4-6.

Scanned with CamScanner

In isterie există o predispoziție de natură constituțională, expresia unei tulburări de metabolism, a unei modificări hormonale în legătură cu aparatul genital, cel puțin în anumite cazuri — deoarece accidentele isterice sînt frecvente în epoca pubertară, foarte rare la copii și bătrîni și reprezintă deci o fază în evoluția individului sau în biologia vîrstei, fenomen căruia prof. Parhon i-a dat numele de ilikibiologie.

Acestei predispoziții prof. Marinescu îi atribuie rolul de factor comun al tulburărilor mintale în general, deoarece afirmă că *în schizofrenie ca și în parkinsonismul simplu noi putem distinge o mulțime de manifestări care își găsesc echivalentul în patogenia isteriei. Însă asemănarea dintre aceste afecțiuni, care nu este identitate, depinde exact de un mecanism fiziologic analog, care guvernează simptomatologia.*

La aceeași predispoziție generală de natură constituțională se referă probabil Marinescu, cînd consideră că *isteria are rădăcini foarte adînci în natura umană și că în consecință ea nu va dispare niciodată, adică indivizii se găsesc într-o stare virtuală de isterie, după cum arată experiența abundentă cîștigată în timpul războiului.* Aducînd în același timp și precizarea fiziopatologizantă :

Deși în isterie nu există leziuni histologice, există totdeauna un substrat biologic guvernat de activitatea umorilor, de modificarea sinapselor și care fac din individ prada sugestiilor morbide *.

În același timp, *profesorului Marinescu și colaboratorilor săi O. Sager și A. Kreindler le revine pe deplin meritul de a fi relevat în mod original, încă din 1931, semnificația reflexelor condiționate în manifestările isterice :*

1. In isterie există un dezechilibru între starea de excitație a centrilor subcorticali, aceștia aflîndu-se într-o stare de hiperexcitație, ce induce în scoarță o ușoară inhibiție.

2. Centrii subcorticali ai istericilor se găsesc într-o stare fiziologică specială datorită constituției lor umorale și vegetative, centrii de la baza creierului fiind sediul vieții emoționale cu toate că sediul reflexelor condiționate se află în scoarță. Sistemul vegetativ și viscerele iau astfel parte la procesele de condiționare.

L. Balif et Zoe Caraman : *Considérations sur trois cas d'hystérie.* Bul. NPPE, Iași, 1935 nr. 1.

L. Ballif, Charlotte Ballif et E. Glinoer : *Psychasténie avec accés hystéroide ou simulation.* Bull. NPPE, Iași, 1935, nr. 2.

I. Orenstein : *Sur un cas d'hystérie.* Bul. NPPE Iași, 1937, nr. 1-2.

* Marinesco et Kreindler : *Des réflexes conditionnels.* Ed. Alcan, Paris, 1935.

Scanned with CamScanner

3. Starea de ușoară inhibiție explică pe de o parte faptul că istericii sînt ușor sugestionabili, sugestia fiind rezultatul inhibiției interne; pe de altă parte această stare explică faptul că un reflex condiționat odată fixat se înhibă și persistă timp mai îndelungat decît la un individ normal.

4. Leziunile centrilor subcorticali ale postencefaliticilor produc o perturbare analogă a funcțiilor scoarței, inducînd o stare de ușoară inhibiție. În acest mod se explică la acești bolnavi fenomenele de sugestibilitate crescută și analogia cu unele simptome isterice *.

Plecînd de la această teză *asupra raporturilor care există între isterie și reflexele condiționate*, Marinescu deduce în 1936 următoarele concluzii :

În accidentele isterice unde subiectul se comportă ca și cum acestea ar fi voite sau create artificial, mai mult sau mai puțin conștiințe sau acceptate, ele par a fi altceva decît produsul capricios al unei sugestibilități anormale și în același timp adeseori manifestarea logică a unei fiziologii speciale. Ele se prezintă sub formă de acte voluntare, în timp ce analiza detaliată arată că ele rezultă, din contra, foarte adeseori dintr-o slăbire sau inhibiție a voinței, cu eliberarea anarhică a automatismelor inferioare...

În ce privește crizele de catalepsie isterică, în cazul cînd ele sînt produse prin sugestie, prin emoție sau printr-o condescendență a individului, ele se prezintă ca manifestări fiziologice. Ele au în consecință un caracter indiscutabil fiziologic. Aceasta nu înseamnă că ele nu se vindecă...

Noi putem afirma în prezent, ca și altă dată, că de cele mai multe ori fenomenele isterice își găsesc analogia în manifestările encefalitei letargice și că pentru această rațiune noi am vorbit de tulburările isteriforme din această ultimă afecțiune... Marele atac de isterie în arc de cerc, se aseamănă în final cu atitudinea bruscă de rigiditate decerebrată. Se întîlnesc apoi tremurăturile isterice foarte frecvente, sub formă de mioclonii localizate, coree parțială sau generalizată, ticuri... și de cele mai multe ori aceste tulburări își găsesc perechea în sindroamele extrapiramidale.

Pentru a-și fundamenta punctul de vedere despre fiziologia manifestărilor isterice, Marinescu a studiat cu minuțiozitate reacțiile senzoriale și vegetative prin metoda pletismografică, a refle-

---

* Marinesco, Sager, Kreindler : *L'importance des réflexes conditionnels dans l'étude des nevroses et des troubles de la parole.* Bul. NPPE Iași, 1931, nr. 1-3.

Marinesco, Sager, Kreindler : *Sur les rapports qui existent entre l'hystérie et les réflexes conditionnels.* Rev. Neurol. juin 1930, nov. 1931, marte 1932.

Scanned with CamScanner

xului psihogalvanic și a reflexelor condiționate vaso-motorii în stare de veghe sau în cursul somnului natural, a comparat reactivitatea zonelor anestezice cu zonele neafectate, indicele oscilometric și cronaxia musculară în tulburările motorii.

Referindu-ne la concepția prof. Marinescu despre fiziopatologia fenomenelor psihogenetice și a modificărilor funcționale induse de aceste stări, care pot exprima, așa cum a mai constatat și Bogaert, între alți cercetători citați de Nyssen *, adevărate „deconectări dinamice ale căilor senzitivo-afective", nu trebuie să pierdem din vedere că toată procesualitatea psihică are un substrat biologic și că modificările ideo-afective induc la rîndul lor modificări în tripla funcție de reglare umorală, endocrină și nervoasă.

Cercetările minuțioase de laborator, efectuate îndeosebi de J. Dynes, R. Hess, Schultz, cît și de noi la persoane aflate în stare de hipnoză sau sub efectul persuasiunii, nu au reușit să demonstreze că ar exista particularități fiziopatologice caracteristice isteriei, comparativ cu demodulările senzorio-motorii obținute prin intermediul sugestiei la persoanele care nu prezintă manifestări isterice spontane.

Teza pavloviană susținută de Marinescu și colaboratorii săi cu privire la rolul reflexelor condiționate în fiziopatologia isteriei, se referă de fapt la fiziologia „Activității nervoase superioare" și legile sale referitoare la excitație, inhibiție și inducție reciprocă cortico-subcorticală, corespunzător tipului de sistem nervos și dominantei inițiale în activitatea centrilor nervoși, și nu la o particularitate fiziopatologică caracteristică isteriei ca boală sau sindrom.

Bazîndu-ne pe propriile studii, și de acord cu numeroși alți cercetători, apreciem că fenomenul auto- sau hetero-hipnotic, în sensul dezaferentărilor cortico-subcorticale (care reactualizează vechea și interesanta teorie a lui Grasset ** despre disociația mintală poligonală cu predominență subcorticală în isterie și hipnoză), se poate produce la orice persoană normală, în condiții care exaltează afectivitatea, după schema enunțată de Bernheim :

ideea devine senzație ; ideea neutralizează senzația ; ideea poate produce fenomene viscerale.

Cercetările de psihofiziologie arată, de asemenea, că orice situație care creează o stare emoțională, respectiv o hiperexcitabilitate diencefalică, induce în același timp o inhibiție corticală, modificare funcțională pe fondul căreia pot să apară eventuale dezaferentări senzoriomotorii sau iluzii. Tensiunea psihogenă, ce perturbă armonia activității cortico-subcorticale, se însoțește concomitent de mo-

---

* R. Nyssen : *Les réactions hystéro-mentales et la problème de leur réalité biologique.* Jurn. Belge de Neurol. et Psych. 1935, nr. 5.
P. Brânzei : *Acțiunea semnalizării verbale în hipnoză asupra unor reflexe înnăscute.* Rev. Med. Chir., Iași, 1956, nr. 4.

** Grasset et Rauzier : *Traité des maladies du syst. nerv.* Montpellier, 1893.

Scanned with CamScanner

dificări şi reacţii inverse în tripla funcţie de reglare a circulaţiei sîngelui, a respiraţiei, a tonusului muscular şi a secreţiilor endocrine.

Focarul de excitaţie dominantă subcorticală poate induce o inhibiţie corticală iradiantă, chiar pînă în măsura de a compromite însuşi instinctul de conservare : pasărea răsucită brusc rămîne cataleptică ; calul căruia i se pune cleştele pe buză „uită" ce se mai întîmplă în spatele său ; vulpea, surprinsă de focul vînătorului în momentul defecării, îşi întăreşte actul respectiv, în loc să o pornească imediat la fugă ; omul surprins de o calamitate „înlemneşte" pe loc, sau intră în reacţie oarbă de fugă, deşi ambele situaţii pot creşte riscul de periclitate. În altă ordine de idei, psihogeneticul de război fixat în paralizie cu o semnificaţie protectoare bine precizată, îşi „uită" automatismul selectiv şi în momentul alarmei este printre primii care se refugiază la adăpost etc.

În acelaşi timp fenomenele determinate de dominanta ideo-afectivă excepţională dispar în momentul dezamorsării mintale, individul devenind o persoană banală, cu excepţia „istericilor" care menţin, sau îşi refac, în mod necesar, refugiul în boală.

Acest mod de a înţelege conţinutul psihofiziologic al sugestibilităţii, considerăm că nu comportă o corelaţie maladivă prin ea însăşi, astfel încît să se poată afirma că „toţi indivizii se află într-o stare de isterie virtuală", dacă isteria poate fi considerată totuşi o boală sau un sindrom cu o fiziopatologie particulară.

Excluzînd premisa isteriei ca boală sau sindrom cu o fiziopatologie particulară, rezultă că auto, sau hetero-sugestibilitatea convenabilă ce caracterizează în primul rînd personalitatea egofilă psihoplastică, va corespunde însăşi motivaţiei dominante a subiectului respectiv şi pe care acesta nu o părăseşte decît în momentul cînd situaţia respectivă îşi pierde semnificaţia, sau atunci cînd subiectul este „obligat" să o părăsească datorită unei „contrasugestii" mai mult sau mai puţin medicală.

În condiţiile unei dominante structurale psihoplastice, psihogeneticul poate să ajungă indiscutabil mai uşor într-o stare de „joasă tensiune corticală", respectiv la dezaferentări senzorio-motorii consecutive refugiului în boală.

Plecînd de la acest punct de vedere psihofiziologic al circuitului închis în cîmpul conştiinţei, se deduce şi posibilitatea fixaţiei reflex-condiţionate a reacţiei psihogene, dacă nu se intervine cu o persuasiune contrasugestivă adecvată. Această concluzie teoretică se bazează pe vindecarea „contrasugestivă" a înseşi simptomelor expresive somatice fixate în conştiinţa psihogeneticilor „de bună credinţă", care şi-au uitat selectiv * „mobilul conflictual".

---

* Charcot şi P. Janet, în primul rînd, şi apoi Breuer şi Freud, au interpretat de o manieră diferită „uitarea selectivă" ca element determinant al „fixaţiilor" psihogenetice inconştientizate (vezi cap. Psihoterapia).

Scanned with CamScanner

De aici, de la limitele frontierei motivației intenționale cu ale sale relații instinctiv-emoționale, nu mai întîlnim sindroame pitiatice propriu-zise, ci boli somatice sau mintale, care, în mod nedorit, pot fi confundate, la începutul lor, cu „sindromul psihogenetic".

Corespunzător conceptului bio-psiho-social, diagnosticul de sindrom psihogenetic comportă o polaritate dinamică, calitativ diferită în raport de semnificația primordială a motivației refugiului în boală.

Acest punct de vedere implică nu numai o exigență deosebită în aprecierea cauzelor determinante ale conduitelor deviate, ci și o responsabilitate corespunzătoare în elaborarea diagnosticului de sindrom psihogenetic în general.

Insistăm asupra acestui punct de vedere deoarece unii dintre psihiatrii contemporani, deși acordă noțiunii de *sindrom psihogenetic* semnificația corectă de perturbare funcțională a cărei conflictualitate generează primordial în cîmpul conștiinței, nu diferențiază totuși în mod necesar și sensul său motivațional.

Acceptarea noțiunii de sindrom psihogenetic fără diferențierea calitativ diferită a motivației (mai mult sau mai puțin conștientizată), presupune în consecință ca isteria și nevrozele să fie interpretate doar ca particularități procesuale ale aceleiași entități nosologice.

În asemenea condiții de interpretare a fenomenologiei psihogene, apare ca necesară o sumară expunere explicativă a principalelor aspecte privind refugiul intenșional în boală în vederea diferențierii de nevroze și *hipofrenii*, deși mixtarea acestor trăsături dizarmonice nu se exclude în cadrul unui concept tridimensional.

Reacția psihogenă tranzitorie de conversiune a unor nesatisfacții, contrarietăți sau interese, transpuse în diverse acuze de suferință fizică sau mintală mai mult sau mai puțin conștientizate, constituie o modalitate firească a motivației protectoare în cursul dezvoltării infantile. Aceeași reacție se produce destul de frecvent și la vîrsta adultă, ca expresie a unor situații mai mult sau mai puțin explicite ce impun o justificare protectivă.

Reacția psihogenă de conversiune stagnantă se dezvoltă ca o motivație autonomă sub inducție auto- sau hetero-sugestivă convenabilă cu precădere la personalitățile dizarmonice, indiferent de predominanța lor constituțională egofilă, egofobă sau hipofrenă. În fiecare situație se poate diferenția totuși, prin analiza motivației și a echivalentului comportamental, structura fundamentală a fiecărui subiect în parte.

Paroxismul isteric exprimă prin excelență reacția psihogenă de refugiu intenșional în boală, motivat de contrarietăți afective, interese, sau prin imitație (îndeosebi în cursul inducțiilor psihogene de grup).

Scanned with CamScanner

Refugiul intenţional în boală, prin motivaţie mai mult sau mai puţin conştientizată şi eventual „uitată selectiv" sau ignorată în momentul paroxistic, se dezvoltă cu precădere la personalitatea egofilică, sindromul psihogenetic de conversiune fixîndu-se uneori ca un reflex condiţionat de apărare inconştientizat. În toate situaţiile de fixaţie a refugiului în boală se poate obţine totuşi vindecarea, fie prin autodevalorizarea motivaţiei protective primordiale, fie prin procedee contrasugestive care anulează semnificaţia veridic protectoare a echivalentului fizic sau mintal imitat.

Reacţia psihogenă obsesivă stagnantă, cu o procesualitate variabilă pînă la adevărate stări hipocondriace ireductibile la procedeele contrasugestive atît de salutare în fixaţia pitiatică, particularizează în mod definitoriu personalitatea dizarmonică egofobă. *(Nevroza vera),* asupra căreia vom reveni.

Suprasimularea şi Disimularea. În cazul cînd refugiul în boală se dezvoltă pe fondul unei boli organice sau mintale, se realizează starea psihogenetică denumită *suprasimulare,* iar atunci cînd se ascund simptomele morbide, se vorbeşte de o *disimulare* (conştientă sau inconştientă) :

In timpul războiului, un cetăţean suferă un accident soldat cu traumatizarea unui deget de la picior. După o latenţă de 24 ore, manifestă în timpul lucrului o violentă agitaţie însoţită de imitarea unei paralizii a membrelor inferioare şi este îndrumat la spital cu diagnosticul de „Simulaţie". Examenul clinic şi de laborator relevă în mod obiectiv o psihoză consecutivă unui sifilis cerebral evolutiv (p.g.p.) pe al cărui fond s-a dezvoltat ca o suprasimulaţie refugiul în boală, ce imita paralizia membrelor inferioare.

Un ostaş este îndrumat de unitate, în 1943, la spital cu diagnosticul de isterie motivat de un comportament nefiresc, refuzul executării ordinelor şi crize de mutism. Examenul psihiatric relevă o demodulare instinctiv-emoţională cu negativism şi alterarea discernămîntului asupra propriei persoane şi a relaţiilor sociale. Astfel, se observă că atunci cînd este singur are o atitudine de ascultare şi dă răspunsuri la voci imaginare, atitudine pe care o disimulează imediat ce se simte observat. În cursul examinării directe dă răspunsuri corecte şi neagă cu un zîmbet depersonalizat halucinaţiile sau alte impresii anormale. Se consideră sănătos şi se opune la examenele de laborator.

Diagnostic : Psihoză schizoidă.

In anul 1945 este internat în spitalul de psihiatrie prezentînd o schizofrenie hebefreno-catatonică cronicizată.

Accidentul „istero-traumatic" constă în dezvoltarea sindromului psihogenetic pe fondul unui traumatism somatic nesemnificativ

Scanned with CamScanner

prin el însuşi, fixaţia invalidantă fiind de obicei mai persistentă la persoanele cu o structură hipofrenă.

În această situaţie, descrisă sub denumirea de „istero-traumatism", se imită, de obicei în mod vizibil, un deficit motor mai comod de a fi menţinut un timp îndelungat. Această reacţie psihogenetică de refugiu în boală — pe cît este de opacă la psihoterapia verbală, pe atît de spectacular se remite sub influenţa unei persuasiuni mediată prin electrostimulare senzorio-motorie.

Accidentul „istero-mintal" este cu mult mai greu de clarificat datorită obscurităţii cauzelor determinante, ca în cazul unor manifestări de tip psihogenetic de faţadă în evoluţia unor boli mintale, sau al unor leziuni cerebrale imposibil de precizat în momentul respectiv. Aceste situaţii exclud aplicarea electrostimulării periferice (a cărei scop este de a reduce refugiul intenţional în boală manifestat sub formă de paralizii şi anestezii), diagnosticul diferenţial şi tratamentul de elecţie al aşa-ziselor accidente „istero-mintale" constituindu-l narcoanaliza.

Fără a intra în detalii, considerăm totuşi ca total nepotrivită confundarea *psihozelor reactive confuzionale* descrise şi sub denumirea de *„pseudodemenţa isterică"*, sau *„sindrom Ganser"*, cu stările consecutive refugiului intenţional în boală.

Delimitarea sindromului psihogenetic impune cu necesitate studiul competent al semnelor obiective, cunoscîndu-se că „isteria poate imita orice boală, însă nu poate modifica reflexele absolute" (Babinski).

Analogiile semnalate în trecut, în ceea ce priveşte unele manifestări aşa-zis isterice cu tulburările neuropsihice determinate de sechelele encefalitei letargice, se pot întîlni şi în prezent în cazul diverselor encefalite, a encefalopatiilor traumatice sau neurovirotice, în leuconevraxite, afecţiuni neuro-discrinice, psihosindroame atipice provocate de hipertensiunea intracraniană, ateroscleroză sau prin alte suferinţe viscero-umorale, cît şi în cazul unor boli mintale.

Proba terapeutică diferenţială a sindromului psihogenetic se impune numai în cazul unei fixaţii persistente a refugiului în boală, necesitînd totodată să determine în mod obligatoriu vindecarea tulburărilor funcţionale acuzate.

Anularea sindromaticei psihogenetice a fost şi se menţine spectaculară în cazul aplicării unei psihoterapii adecvate capacităţii de înţelegere a subiectului tratat, cît şi a modalităţii ce se creează pentru *justificarea renunţării la refugiul în boală*, indiferent dacă se foloseşte izolarea şi banalizarea, persuasiunea raţională, sugestia taumaturgică sau hipnotică imperativă, narcoanaliza, psihoterapia mediată prin intermediul unei medicaţii timo-corectoare sau prin intermediul unei medicaţii „placebo" (care influenţează favorabil doar imaginaţia).

Scanned with CamScanner

Electrostimularea senzorio-motorie * ce îl determină pe subiectul pitiatic să „simtă" cînd este anestezic sau să se „mişte" cînd este paralitic, oferindu-i în acelaşi timp şi o motivaţie plauzibilă pentru renunţarea la refugiul în boală, se impune atunci cînd se instalează o fixaţie autoprotectivă ireductibilă prin alte metode persuasive :

După terminarea războiului, se internează în clinica de psihiatrie un hipofren cu fixaţie psihogenă hipoacuzică (motiv pentru care fusese clasat ca inapt serviciului militar, solicitînd un grad mai mare de pensionare). În urma unor explorări complexe se ajunge la concluzia că este afectat de un sindrom psihogenetic consecutiv refugiului intenţional în boală, prin motivaţie autoprotectivă generată în condiţiile de periclitate caracteristică situaţiei de război.

După ce este prezentat la cursul cu studenţii în medicină, unde mimează convingător o surditate gravă, profesorul indică asistentului să fie supus unui tratament contrasugestiv recuperator. Retrăgîndu-se cu subiectul psihogenetic în laboratorul de neurofiziologie, asistentul îi aplică ca metodă psihoterapică senzorio-stimulatoare excitaţii obişnuite pentru explorarea galvanică a reflexului vestibular, însoţite de o persuasiune convingătoare că auzul îi revine tot mai mult, cu fiecare excitaţie dată, şi în decurs de cîteva minute se obţine dispariţia surdităţii. Felicitat şi îmbărbătat pentru vindecarea obţinută, psihogeneticul este readus în amfiteatrul unde, spre surpriza studenţilor, „surdul" vindecat demonstrează că aude perfect şi în acelaşi timp declară că s-a făcut o „minune" cu el.

„Buna credinţă" a refugiatului în boală, pe drept cuvînt susceptibilă de îndoială, a reieşit după vreo lună cînd s-a prezentat la clinică un ţăran cu trei copii surdo-muţi din naştere solicitînd vindecarea lor, aşa cum îl sfătuise surdul psihogenetic.

Exceptînd caracterul anecdotic al unor asemenea vindecări miraculoase, despre care orice medic cu practică îndelungată are de spus cîte ceva cu privire la semnificaţia conversiunii psihogenetice, şi reţinînd că rezultatele terapeutice nu se obţin totdeauna atît de facil atunci cînd interesul este semnificativ, subliniem că numai medicului de specialitate îi revine responsabilitatea de a hotărî asupra terapiei necesare :

În serviciul unui mare clinician, o asistentă medicală, după o enervare banală, este cuprinsă brusc de agitaţie, convulsii şi

---

* Efectul terapeutic de o promptitudine remarcabilă, obţinut prin electrostimularea faradică sau galvanică, este consemnat în toate tratatele clasice sub denumiri revelatorii ca „psihoterapie armată", „metoda bruscată", „torpillaje", „faradisch strom" etc.

Scanned with CamScanner

poziții posturale amintind de marea criză isterică. Examinată cu minuțiozitate, nu se remarcă clinic semne de suferință și întrucît tulburările se prelungeau de cîteva ore, este îndrumată în aceeași zi la clinica de psihiatrie cu diagnosticul de isterie. A doua zi, se instalează odată cu o colorație icterică a sclerelor, fenomene de torpoare progresivă cu fibrilații musculare. Este imediat transferată la clinica medicală, unde, cu toată îngrijirea acordată, decedează după două zile prin insuficiență hepatică supraacută.

O tînără în vîrstă de 18 ani este îndrumată la spital cu diagnosticul de isterie pentru acuze subiective de cefalee paroxistică, vertij și nesiguranță relativă în mers, concomitent cu o stare de excitație exprimată prin logoree, erotism declarativ și teatralism de atitudine, stare acută pe care părinții o atribuie faptului că tînăra s-a supărat deoarece nu mai primea vești de la logodnicul ei plecat în armată.

*Examinată în serviciu, nu se constată modificări obiective somatice sau neurologice, iar suspiciunea de hipertensiune intracraniană nu se confirmă la examenul fundului de ochi. În aceste condiții optează pentru diagnosticul de isterie și se indică terapie electroplexică *.*

După a doua ședință se consemnează remisiunea tulburărilor de comportament, pacienta solicitînd în același timp externarea, deoarece afirmă că se simte cu mult mai bine. Rezultatul terapeutic spectacular îi consolidează medicului respectiv convingerea în realitatea diagnosticului de isterie, însă în cursul nopții pacienta decedează subit.

La necropsie, se constată drept cauză a morții edem cerebral, acut, consecutiv unui chist hidatic.

Datele prezentate exemplificativ au scopul de a sublinia rigurozitatea deosebită pe care o impune formularea diagnosticului de sindrom psihogenetic în general.

Uzanța diagnosticului de isterie care exprimă o inadeverență terminologică, refugiul în boală afectînd ambele sexe, devine progresiv desuetă științific atît prin întîlnirea tot mai rară a „marei nevroze" realizată în trecut prin inducție sugestivă, cît și prin diferențierea unor boli și sindroame somatice sau mintale atribuite în trecut pitiatismului, deși refugiul în boală rămîne încă o manifestare comun întîlnită în practica medicală și omologată exhaustiv în grupa nevrozelor.

---

* Spre deosebire de electrostimularea faradică dezagreabilă însă inofensivă, electrosocul acționează prin suprimarea conștiinței și profunde modificări homeostazice, găsindu-și astfel justificarea numai în cazul unor *boli mintale ireductibile la alte metode de tratament.*

Scanned with CamScanner

— egofobie structurală sau sindrom reactiv de adaptare.

Egofobia constituțională (nevroza vera) se diferențiază ca entitate morbidă prin contractură penibilă ideo-afectivă și preocupare

P. Bruegel (1530—1569).

„Pietrele din cap", *ridiculizează nu numai nosofobia ce poate începe încă din „ou", ci și „productivitatea" credivității reprezentată prin moara care fabrică mereu noi remedii „placebo" (pietre potrivite), pînă în măsura că „depozitul" se dărîmă sub povara lor, relevînd astfel și „secretul" ce-l conține.*

neliniștită față de propria stare de sănătate — care se dezvoltă în afara unor suferințe viscero-umorale manifeste (cu sau fără modificări vegetative și de somn), funcțiile de cunoaștere, sentimentele etice și discernămîntul asupra interrelațiilor sociale fiind totodată indemne *.

---

* Vezi și pp. 155-159. Referitor la subiectul psihopatologiei egofobe, între altele se poate citi cu ușurință cartea intitulată *Patologie obsesivă de* M. Lăzărescu, Ed. Medicală, 1973, și în acorduri „triontice" despre „Bine, Frumos și Adevăr", realizate într-un consens antropologic—existențial, de către Ed. Pamfil și D. Ogodescu : *Nevrozele. Ed. Facla*, 1974.

Scanned with CamScanner

Trăirea penibilă a nevroticului se face cunoscută prin acuze egofobe şi numai rareori prin modificări comportamentale anxioase sau „ritualuri" compensatorii. Ţinuta socială a nevroticului nu apare modificată şi se plasează cu certitudine în afara impactelor conflictuale sau a situaţiilor infracţionale. Sugestibil pe linia particularităţilor dominante egofobe, nevroticul constituţional este de obicei un consumator peremptoriu de asistenţă medicală, indiferent de nivelul cultural pe care îl posedă, atît în cazul formelor primitive hipocondriace, cît şi în cazul diverselor nosofobii intelectualizate. Însuşi celebrul Molière, incisivul autor al „Bolnavului închipuit", ca un real egofob, se conforma întocmai în efectuarea clistirelor prescrise, după cum un mare critic literar — microbofob — îşi dezinfecta cu meticulozitate rituală mîinile şi tacîmurile, dar nu făcea niciodată baie, „ca să nu răcească".

Pe plan literar, poate că cea mai cuprinzătoare caracterizare a egofobului a realizat-o umoristic Jerome K. Jerome în povestirea „Trei într-o barcă", unde prezintă acel personaj care, studiind dicţionarul medical, îşi găseşte toate bolile, exceptînd una singură.

Trăirile nosofobice pot fi atît de remanente încît un pacient care acuza o insomnie ireductibilă, deşi a fost deplasat în timpul somnului cu tot cu pat în altă cameră, la trezire a susţinut plin de convingere că a perceput actul de transmutare, dar a stat nemişcat... „aşa, ca să vadă ce experienţă vor să realizeze medicii cu dînsul". În cazul unei persoane neinstruite, cenestopatia hipocondriacă (succedaneu al demonomaniei timpurilor trecute), se configura în impresia că în tubul său digestiv s-ar afla un şarpe. Se realizează un simulacru de scoatere a vectorului respectiv prin intermediul unei sonde gastrice (a cărei introducere era justificată de necesitatea efectuării chimismului digestiv). Puternic impresionată de vizionarea agentului suferinţei sale imaginative, persoana în cauză se declară vindecată, spre a reveni apoi la spital cu aceleaşi acuze cenestopatice pe care şi le explica prin faptul că fusese o „şerpoaică" şi rămăseseră „puii ce au crescut".

Prevalenţa obsesivo-fobică sau cenestopatică nu este condiţionată de nivelul cultural al persoanei în cauză decît doar prin maniera de tratare explicativă a trăirilor penibile, conţinutul calitativ neintenţional rămînînd sensibil apropiat, după cum ilustrează următoarea scrisoare a unui medic afectat de „sifilisofobie" :

Stimate Domnule Doctor,

Boala progresează ! Cu tot optimismul exprimat de dumneavoastră în ultima scrisoare (!)

Aici mi se refuză categoric (!) tratamentul antibiotic, deoarece ieşirea din spitalul de la „Socola" s-a făcut cu diagnosticul de psihastenie ! Chiar mi s-a intentat proces să restitui costul tratamentului ce mi l-am făcut la ţară (!)

Scanned with CamScanner

În această situație ce să fac ?

Hiperpirexia e departe de a-mi fi contraindicată. Ați avut bunăvoința să-mi promiteți că-mi veți indica unde să o practic.

În situația actuală nu pot să rămîn cu tabo-p.g. (după afirmația unui coleg de la psihiatrie Iași).

Vă rog să mă ajutați să-mi fac hiperpirexie, să continui tratamentul, să fiu controlat de dumneavoastră.

Am fost îndrumat în mod special să mă prezint la dumneavoastră, spunîndu-mi-se că în acest caz nu voi putea fi decît pe deplin mulțumit.

Scuzați deranjul !

E vorba de încrederea bolnavului în medicul său !

Binevoiți a-mi trimite cîteva rînduri de lămurire. Aș pune în discuție o piretoterapie. Cînd vă pot găsi la clinică ?

Cu mii de scuze pentru deranj, vă mulțumesc anticipat și rămîn al dumneavoastră îndatorat

Dr. S. R.

Medicul, ca și cei din apropierea nevroticului nosofob, sînt contrariați de contrastul dintre gravitatea acuzelor subiective și o bună stare de sănătate : acuze de insomnie în contrast cu privirea și mimica odihnită ; inapetență și o proastă asimilare, în contrast cu un fizic înfloritor ; frigiditate și impotență în contrast cu o descendență prolifică ; tulburări de memorie, în contrast cu fixare pînă la detaliu a celor mai neînsemnate elemente în legătură cu dominanta egofobică etc.

Nevroticul propriu-zis păstrează capacitatea de integrare critică față de acuzele subiective sub influența psihoterapiei raționale (îndeosebi în cazul persoanelor inteligente mai puțin fixate în trăire obsesivo-fobică), cît și o manifestă plasticitate iatrogenă, cu fixarea negativă a celor mai neînsemnate aluzii sau interpretări medicale. Un distins intelectual cu o structură temperamentală sensibilă și predispus la autoanaliză, resimțind o nevralgie toracală, consultă un medic internist ; medicul, atent și meticulos practician, procedează la o amănunțită examinare clinică și radiologică care îl duce la concluzia că se exclude o suferință viscerală. Pentru certitudine recomandă totuși, în mod firesc, un control peste un timp oarecare. Preexistînd o traumă afectivă selectiv „uitată", provocată prin decesul unei rude datorită unui neoplasm pulmonar, recomandarea controlului se fixează iatrogen ca prevalență oncofobică și se dezvoltă apoi lent progresiv pînă la decompensare anxioasă tardivă.

Identificarea mobilului anxiogen și psihoterapia rațională în ceea ce privește evoluția neoplasmului pulmonar (de care se considera afectat), împreună cu o medicație timoleptică adecvată și reînceperea sportului preferat (la care renunțase de teama agravării presupusei sale boli), a determinat remisiunea tulburărilor penibile ce le resimțise timp îndelungat.

Scanned with CamScanner

În sfîrșit, de multe ori nevroticii autentici se bucură de longevitate în pofida tanatofobiei ce îi domină pe tot cursul vieții.

Particularități clinice ale entității nosofobice. Complexitatea simptomatică a trăirilor egofobe se reflectă în diversitatea diagnosticelor ce s-au perindat în decursul timpului, pînă la omologarea noțiunii de „Nevroză" * : hipocondrie (Galen), iritația nervilor spinali (Brown), diateza nervoasă, nevropatia sau hipocondria, afecțiunea vaporoasă (Pomme), cașexia nervoasă (Sandras), hiperestezia generală (Monneret), nevralgia generală (Valleix), iritația spinală (Rosenthal), nevropatia acută cerebro-gastrică (Gérard), nevropatia cerebro-cardiacă (Krishaber), nervosism (Buchut), nevroza proteiformă (Cerise) etc., toți acești autori scoțînd în evidență neliniștita preocupare în legătură cu acuzele cenestopatice.

În perioada 1868—1880, Beard lansează la New York noțiunea de neurastenie, „slăbiciune iritabilă a sistemului nervos", pe care o atribuie unei epuizări apărute în condițiile „luptei feroce cu viața", adică unui reflex negativ al civilizației.

Frecvența acestui diagnostic — lapidar și expresiv — devine repede remarcabilă, Blocq notînd, în anul 1891, în cadrul consultațiilor de la Salpêtrière, 1 neurastenic din 12 bolnavi, număr pe care Grasset îl considera în aceeași epocă ca fiind încă mai mare, chiar în condițiile de „calm provincial". În fața acestei situații, Grasset se întreba, la sfîrșitul secolului XIX, ce va aduce secolul viitor.

Tehnicizarea și ritmul trepidant ce caracterizează progresiv secolul XX, comportă desigur, ca un reflex negativ, și o creștere manifestă a frecvenței nevrozelor. Astfel, față de indicele actual de morbiditate prin boli psihice (care este de aproximativ 20‰ pe plan mondial), coeficientul diagnosticului de nevroză se înscrie pînă la 75% din totalul bolnavilor înregistrați.

Amploarea progresivă a diagnosticului de nevroză, nu apare totuși în mod convingător ca expresie integrală a dezorganizărilor mintale produse propriu-zis de civilizație. După părerea noastră, creșterea frecvenței diagnosticului de „Nevroză" ar exprima, în primul rînd, dezvoltarea conștiinței de sănătate transpusă în consumul intensiv de asistență medicală, în condițiile unei deosebite accesibilități. În al doilea rînd, datorită dificultății aparente în diferențierea obiectivă a diagnosticului de *nevroză vera* atît față de *reacțiile de refugiu în boală,* cît și față de *reacțiile psihologice adaptative impuse în mod firesc de exigențele vieții contemporane.* În sfîrșit, datorită acordării aceleași semnificații psihogenetice *sindroamelor*

---

* Noțiunea de „Nevroză" a fost utilizată pentru prima oară de Cullen, profesor de fiziologie la Facultatea din Edinburg în *Bazele medicinei practice, publicată* în 1777, și reluată apoi de Pinel, în 1785, în *Tratatul de nosologie,* în scopul de a reuni sub această denumire totalitatea tulburărilor mintale fără un substrat organic cerebral.

Scanned with CamScanner

nevrotiforme induse prin suferințe viscero- umorale, care s-ar pretinde în mod explicit formulate și abreactiv analizate în plan psihoterapic. Astfel, în cadrul neurasteniei s-au descris la început „pseudo-organopatii", ajungîndu-se apoi la „nevroza de organ", concept care dacă nu facilitează erorile de diagnostic pentru marii clinicieni, cu siguranță că poate contribui la iatrogenizarea egofobilor.

Altă cauză facilitantă o mai constituie la noi și termenul ambiguu de *nevroză astenică* (ca succedaneu semantic modernizat al neurasteniei și acceptat ca atare), deși nici o nevroză nu este generatoare de forță, după cum nici astenia nu este generatoare de bună dispoziție. Incertitudinea acestei noțiuni ambivalente favorizează în plus rolul de „clasor" acordat diagnosticului de nevroză pentru diverse acuze neprecizate, rol pe care în trecut îl îndeplinea cu deplin succes proteiforma isterie, denumită pentru aceasta și „coșul lui Lasègue", după numele distinsului psihiatru care spunea, în 1864, că „isteria nu a fost niciodată definită și nici nu va fi vreodată".

Pierre Janet, subtilul medic și psiholog care a dat originalitatea psihiatrică școlii de la Salpêtrière, folosește pentru prima oară, în 1891, noțiunea de Psihastenie, spre a delimita particularitatea nevrotică predominată de trăiri obsesivo-fobice, scrupulozitate, incertitudine, nesatisfacție și diminuarea simțului realității ca rezultat al „psiholepsiei" (căderea tensiunii psihologice cu strîmtorarea cîmpului conștiinței), noțiune care în prezent este în mare măsură aglutinată în cuprinsul conceptului despre schizofrenie.

Obsesia se caracterizează prin prevalența unei gnozii (sub formă de idee, imagine sau cuvînt) care parazitează cîmpul conștiinței fără a perturba însă discernămîntul și inserția socială. Obsesiile se diferențiază prin caracterul lor stagnant sau compulsiv (necesitatea de a efectua o acțiune paradoxală oarecare : a număra, a atinge ceva, a lovi sau a înjura, a se spăla etc., impulsie care se consumă de regulă pe plan mintal). Motivarea actului mintal obsesiv constă în necesitatea îndepărtării stării de neliniște sau de culpabilitate pe care o resimte bolnavul, deși este pe deplin conștient de absurditatea acestui fenomen morbid. Obsesia este denumită „inhibitorie", atunci cînd domină teama de anumite obiecte (de obicei obiecte ascuțite, arme de foc etc., care ar constitui un mijloc de rănire sau ucidere a celor din jur sau a persoanei proprii), sau față de anumite acțiuni (teama de a rămîne singur, de a traversa spații largi sau închise etc.), și „anancasmică", cînd are un caracter de impulsivitate motorie (ticuri sau ritualuri).

Fobia constă în teama morbidă față de anumite obiecte, acte sau situații, pacientul avînd conștiința absurdității ei. Valorile tensionale morbide ale fobiilor se modulează de la impresiile de ușoară repulsie sau aversiune, pînă la teamă manifestă și teroare, ca eliberări aberante ale instinctului de conservare.

Scanned with CamScanner

Obsesia şi fobia constituie totdeauna un cuplu ideo-afectiv unitar şi persistent în decursul timpului, psihastenicul fiind nevoit, uneori, să se dedea la diverse acţiuni compensatorii mintale sau comportamentale paradoxale, spre a le depăşi. Trăirea *obsesivo-fobică* se întîlneşte sub forma cea mai evidentă în cazul psihasteniei (descrisă anterior de Falret sub denumirea de „nebunia îndoielii), continua verificare şi interogare neliniştită pe plan mintal putînd ajunge pînă la compulsiuni „anancasmice" de nestăpînit, care, deşi, nu comportă periculozitate, frapează prin modalităţile lor neobişnuite de manifestare, ca de pildă în următoarea situaţie excepţională : o largă intersecţie rutieră într-o metropolă excesiv aglomerată ; în momentul opririi circulaţiei, un pieton vîrstnic face neliniştit cîţiva paşi înainte şi înapoi, după care se precipită alergînd şi fluturîndu-şi mîinile cu o mimică de extremă anxietate, pînă în mijlocul zonei de pasaj, unde... îngenunchează şi atinge asfaltul cu fruntea ; se ridică apoi uşurat şi continuă traversarea de o manieră obişnuită.

Starea obsesivo-fobică se manifestă mai frecvent sub forma unor ritualuri superstiţioase, pe cît posibil disimulate (face cruce cu limba, scuipă peste umăr, încrucişează degetele, exprimă şoptit anumite cuvinte — de obicei injurioase faţă de convingerile sale etc.), sau sub forma unor ticuri motorii sau verbale cu semnificaţie compulsivă (de uşurare prin efectuarea lor).

Fenomenele obsesivo-fobice îl neliniştesc şi îl indispun în mod deosebit pe bolnav care păstrează continuu o atitudine critică faţă de absurditatea lor, însă pe care nu reuşeşte totuşi să le depăşească, efortul de barare voluntară accentuînd neliniştea ; de pildă, la o recepţie obligatorie reuşeşte să dea mîna cu participanţii şi să discute în mod firesc, însă cu prima ocazie se refugiază la grupul sanitar unde se spală pe mîini, fără să se poată opri, timp îndelungat.

Construcţiile obsesivo-fobice variază, de la caz la caz, pe un palier foarte larg, ca noţiuni spaţiale, temporale, obiecte sau fiinţe, ele expunînd sub un aspect oarecare, teama de suferinţă, de invalidare fizică sau mintală, în contextul general al fricii inconştiente de boală (nosofobie) şi de moarte (tanatofobie).

Nucleul elementar obsesivo-fobic (care se întîlneşte frecvent sub o formă atenuată nepersistentă şi la persoanele normale), în cazul nevrozelor în general şi îndeosebi al psihasteniei, se configurează ca o particularitate morbidă dominantă, însoţită de incertitudine şi ambivalenţă, cu rumegare mintală ce creează o stare cataleptică a voinţei (incapacitatea de comutare efectorie în acţiune sau non-acţiune a cuplurilor ideo-afective).

Deosebirea fundamentală dintre egofobia psihastenică şi paradoxalitatea schizofrenică se deduce din faptul că psihastenicul este

Scanned with CamScanner

pe deplin conştient de absurditatea stărilor obsesivo-fobice şi caută să le compenseze cît mai adecvat, situaţie ilustrată prin următoarea autoobservaţie a unui talentat pictor în vîrstă de 24 ani :

De mic aveam un fizic debil, foarte anemic şi suferind. Foarte susceptibil, neîmpăcat, sperios, tresărind în somn cu palpitaţii din cauza unor vise fantastice ce făceau din noapte un chin pentru mine. Faţă de mîncare aveam o repulsie ce dură pînă la vîrsta de 11 ani. Cuprins mereu de o stare de melancolie şi oboseală, nu puteam fi la nimic bun celor de acasă, astfel, fiind lăsat în voia mea. Începusem să desenez pe la vîrsta de 6 ani şi să sculptez în lemn. În şcoală eram destul de încet, absent cu gîndul de la lecţii, slab din cale afară la matematică, spre deosebire de geometrie care îmi plăcea. Orice lucru se complică în mintea mea, căutînd cauza lui, pe care neînţelegînd-o rătăceam cu mintea în abstract.

În primii ani de pictură eram foarte entuziast, pe vremea aceea credeam că este de ajuns să ai talent pentru a face orice. În acest timp am dus o viaţă foarte dezorganizată şi împotriva legilor sănătăţii. Într-un spirit de grupă, alături de alţi colegi, mă complăceam într-o atmosferă de boem, şi alte cele decurgînd de aici, toate acestea socotindu-le ca fiind inerente vieţii artistului.

În anul 1948 am reuşit să încep a mă elibera de toate acestea, schimbîndu-mi concepţia de viaţă. Pictura devine pentru mine singura preocupare, însuşi sensul vieţii. Pe măsură ce pătrundeam însă în tainele picturii, deveneam mai neliniştit, începînd să cunosc din decepţii.

Cu timpul am început să fac cunoştinţă cu pictura bună, atît românească cît şi străină, ajungînd la discernămînt propriu. Spiritul critic s-a dezvoltat atît de mult, păşind pe un plan aproape cu totul cerebral al artei, încît conştient întru totul, neînsemnatul rezultat practic obţinut faţă de ceea ce pe calea gîndirii atinsesem, am început să trăiesc o emoţie neobişnuită, un complex cu totul intim, de neexplicat, închizîndu-mă mereu în mine şi ascultînd o durere permanent crescîndă. La un moment dat a apărut o spaimă de fiece dată înainte de a începe o pictură, ideea unui provizorat mă stăpîneşte producîndu-mi palpitaţii. O încordare a minţii, stare groaznică, oribilă, iad prezent ce are putinţa de a lega pînă şi plînsul. Viaţa de acum asemenea unui coşmar, în care voinţa mea se reduce la un geamăt mut, însumi fiind spectator în faţa tragediei ce sînt eu.

Conştiinţa însă poate este cel mai mare rău în starea actuală. De multe ori gînduri întunecate încearcă să mă învăluie. Intensitatea crescîndă a decepţiilor exercită o influenţă asupra sufletului meu. O oboseală mare, atît fizică cît şi intelectuală, memoria foarte slăbită şi o continuă tensiune îmi paralizează activitatea

Scanned with CamScanner

voinței. Astfel am impresia că totul se scurge pe lîngă mine, împreună cu nemilosul timp.

Impulsul lăuntric al unui permanent „acum" în opoziție cu conștiința unui provizorat, cauzat de lucruri din afară, din care naște un mereu „mai tîrziu", transformă atitudinea mea în disperare. Un gol imens este în sufletul meu ce nu poate fi umplut cu nimic din afară, decît din el însuși. Totul pleacă dintr-un punct, singură natura, cauză a acestui efect dezastruos, putînd în același timp produce un efect de salvare. În momentul de față nu doresc decît să am paleta în mînă, obsesie ce mă urmărește peste tot și mereu, asemenea unui virus ce trebuie cu desăvîrșire înlăturat.

Trebuie să ating pe graficul meu punctul prin care să pot comunica cu lumea împăcîndu-mă cu ea și cu mine însumi, recunoscînd astfel iubirea în cea mai mare suferință. Nu doresc decît un singur lucru; acela care mă poate salva și nu este altul decît libertatea de a picta, liniște ce nu pot avea decît de la acest lucru.

De multă vreme, barca mea naufragiază aproape de țărmul în care voiesc să-mi arunc ancora, dar valuri furioase îmi iau de fiece dată acest prilej. Pînă în prezent am distrus absolut tot ce am pictat, acționînd împotriva unei dorințe cu totul intime de a ajunge la primul rezultat în care să mă regăsesc. Această amînare nu o mai pot suporta, iar un strigăt din ce în ce mai mut mă izolează de orice semen.

În afară de aceasta, alte motive, de alt ordin, alimentează starea mea interioară. De pe la vîrsta de 15 ani m-am îmbolnăvit de ochi (conjunctivită), nevindecîndu-mă cum trebuie; ochii și creierul fiind organele cele mai de preț mie. Mai tîrziu am început să sufăr de stomac, ptoză și alte complicații pe care nu le cunosc, avînd crize adevărate ce s-au ameliorat mult în momentul în care am devenit vegetarian.

Spre completare încerc să desprind unele stări spre mărturisire :

În primul rînd simt o încordare a minții într-atît încît nu mai sînt stăpîn pe voință pentru a ieși din ea. Incontinuu am palpitații ca în așteptarea unui tren rapid în momentul cînd trebuie să sosească. Mereu foarte obosit atît fizic cît și mintal, atît ziua cît și noaptea, nehotărît pentru a mă culca și odihni. Mi s-a întîmplat foarte des să mă simt aproape de leșin somnoros (în timpul nopții), și să pot sta încă un ceas sau chiar mai mult în picioare sau în pat cu gîndul rătăcit, neputîndu-mă hotărî să mă dezbrac și să mă culc. S-a întîmplat să mă trezesc de multe ori tîrziu în noapte stînd de-a curmezișul patului cu capul în perete, cu gîtul amorțit și să continui a fi prizonier gîndurilor. Cîteodată, rămas în picioare nu mă pot hotărî mult timp pentru lucrul pe care trebuie să-l fac; parcă aș fi hipnotizat, complet fără voință. Ceasuri întregi și chiar

Scanned with CamScanner

zile întregi nu vorbesc nimic și iarăși cînd sînt prins într-o discuție cu controverse poate dura la nesfîrșit. Nu admit să fiu contrazis, uzînd de toate mijloacele unei discuții (gesturi necontrolate, voce tare și înțepături prin cuvinte). Altă caracteristică este faptul că nu mă simt în locul meu, totul părîndu-mi-se un provizorat...

În scopul de a diferenția psihastenia constituțională de „reacția obsesivo-fobică", unii autori delimitează ca entitate de sine stătătoare „nevroza obsesivă" ce apare în urma unui șoc afectiv și „al cărui punct de plecare îl constituie frecvent senzația de teamă" (V. A. Ghiliarovschi).

Analiza psihologică și anamneza bolnavilor cu *reacție obsesivă* relevă, de regulă, un *fond psihastenic* constituțional *(care prin el însuși nu are un caracter patologic propriu-zis)*, predominat de scrupulozitate și nesatisfacție, labilitate ideo-afectivă, exigență etică și nehotărîre intimă, chiar dacă aparent ar manifesta o atitudine decisă și activă, iar preocupările nosofobice nu au un caracter premorbid manifest.

Înșiși autorii, care delimitează nevroza obsesivă ca un sindrom psihogenetic reactiv, declanșat prin reprezentarea nosofobică a simptomatologiei și efectele unor boli, conchid totuși asupra „preexistenței unui teren de instabilitate nervoasă... cu o permanentă stare de așteptare anxioasă... de teamă nemotivată de a muri" (V. A. Ghiliarovschi).

Totodată, este bine stabilit că, deși unii psihastenici constituționali prezintă în mod periodic decompensări obsesivo-fobice pînă la stări anxioase de tip depresiv-melancolic, aceștia pot avea și lungi perioade de remisiune cu activitate productivă remarcabilă.

Definirea psihasteniei ca entitate egofobă constituțională nu exclude posibilitatea apariției unei reacții obsesivo-fobice prin zguduire emoțională acută sau prin suprasolicitarea îndelungată a proceselor nervoase, indiferent de structura temperamentală, reacția obsesivă aducînd în același timp argumente clinice asupra fiziopatologiei mecanismelor obsesivo-fobice și cenestopatice prevalent constituționale.

Dubois recurge, în 1904, la termenul de Psihonevroză spre a delimita în mod explicit grupul psihogeniilor (isteria, neurastenia și psihastenia) deoarece termenul de *nevroză* era folosit, încă în mod nediferențiat, atît pentru diverse tulburări mintale „funcționale", cît și pentru afecțiuni „para-neurologice" cu etiologia atunci încă insuficient cunoscută : epilepsia, tetania, boala Basedow etc.

Tendința de grupare arbitrară a diverselor afecțiuni „para-neurologice" sub denumirea de nevroză sau de psihonevroză, datorită caracterului aparent funcțional al acestora, este ilustrată semnificativ de H. Claude care mai cataloga, încă în 1932, între alte „nevroze" și „psihonevroze" migrena, acroparestezia, eritromelalgia, boala

Scanned with CamScanner

Raynaud, acrodinia, acrocianoza, sclerodermia, trofedemul, mioclo-niile, catatonia etc. *

Orientarea „neurologizantă" din prima jumătate a secolului XX a luat după 1950 un caracter „psihiatrizant", datorită — în primul rînd — curentului psihosomatic (dezvoltat de şcoala lui Alexander din Chicago pe linia clasică a freudismului), după care orice suferinţă aparent funcţională ar constitui o psihogenie (nevroză) generată de nesatisfacţii sau aberaţii sexuale.

Indiferent de orientare, este remarcabil totuşi că „Tabu-ul Nevrozei", în demitificarea căruia acţionează, în primul rînd, marii psihiatri clinicieni contemporani, este atît de manifest încît afecţiuni somatice bine precizate ca ulcerul gastric, hipertensiunea arterială sau diabetul, nu beneficiază totdeauna de atenţia cuvenită în faţa comisiilor de expertiză a capacităţii de muncă corespunzător gradului invalidant ce îl pot conferi, dacă diagnosticul respectiv nu cuprinde în formularea sa şi elementul nevrotic. În acelaşi timp, datorită folosirii abuzive a diagnosticului de „nevroză" pentru acuze subiective inconsistente, adevăraţii egofobi constituţionali cu o simptomatologie adeseori invalidantă pe plan social, sînt priviţi cu aceeaşi suspiciune ca şi psihogeneticii ocazionali care se refugiază intenţional în boală.

Unitatea psihopatologică a nevrozelor ca psihogenii neintenţionale este realizată în mod evident de contractura penibilă ideo-afectivă provocată de trăirile obsesivo-fobice, indiferent de particularităţile lor clinice sau cauza primordială determinantă.

— Orice neurastenic devine neliniştit deoarece îşi analizează fobic propria persoană, după cum orice stare obsesivo-fobică determină o perturbare senzorio-motorie, mai mult sau mai puţin evidentă la un moment dat.

— Accidentul nevrotic reactiv, ca oscilaţie abnormă în banda trăirilor psihologice adaptative, cu sau fără preexistenţa unei dizarmonii egofobe a personalităţii, se polarizează spre neurastenie cînd realizează aspectul clinic predominant cenestopat-hipocondriac, sau spre psihastenie cînd realizează o prevalenţă obsesivo-fobică stagnantă în cîmpul conştiinţei.

— Cînd „strîmtorarea cîmpului conştiinţei" ajunge pînă la denaturarea discernămîntului, nevroza sau reacţia egofobă exprimă de fapt o decompensare psihotică anxioasă, indiferent de particularitatea sa clinică sau de durata acesteia în timp.

— *Reacţia psihogenă nevrotică*, configurată ca trăire penibilă egofobă, generată în condiţii negative de mediu, comportă ca element fiziologic *zdruncinarea* activităţii armonioase cortico-subcorti-

---

* H. Claude : *Maladies du système nerveux.* Vol. II (Col. Pathol. interne ed. 2-a), Ed. Bailière, 1932.

Scanned with CamScanner

cale, provocată prin *suprasolicitarea* proceselor nervoase fundamentale sau prin *ciocnirea neajustabilă* a unor stereotipuri dinamice cu structură diferită ca semnificație instinctiv-emoțională.

— *Reacții nevrotice de eșec sau de incompetență*, provocate prin risipa neproductivă a energiei psihologice, fără atingerea aspirației sau a scopului propus.

— *Reacții nevrotice de „așteptare"*, configurate ca urmare a „zdruncinării" activității nervoase superioare provocată de spaimă sau „nesaturarea" valențelor ideo-instinctive, eventual „uitate selectiv".

— *Reacții nevrotice de frustrare sau de inferioritate*, configurate ca urmare a decepțiilor (mai mult sau mai puțin conștientizate) provocate de nerealizarea unor aspirații sau de nepotrivirile interindividuale pe plan familial, de grup sau social.

— *Reacția nevrotică anxioasă de conversiune viscero-umorală sau mintală cu modificări vegetative*, determinată prin imposibilitatea descărcării tensiunii emoționale în acțiuni psihomotorii, datorită restricțiilor autoimpuse față de exigențele comportamentului social.

— *Reacții nevrotice de suprasolicitare adaptativă la exigențele vieții*, provocate prin supraîncordarea epuizantă a proceselor nervoase superioare (excitație, inhibiție, iradiere și inducție reciprocă cortico-subcorticală), sau prin ciocnirea stereotipurilor dinamice în procesul de adaptare și integrare a individului în mediu etc.

Realitatea clinică ne demonstrează, în același timp că, deși viața constituie un proces continuu de adaptare și integrare la condițiile impuse de mediul social, cu satisfacții și nesatisfacții inerente, numai un număr restrîns de persoane devin totuși nevrotice în sensul psihiatric al cuvîntului, respectiv cu o simptomatologie egofobă bine definită. Această constatare ne obligă să recunoaștem că pentru apariția unui sindrom psihogenetic egofob în condițiile relativ obișnuite de viață, este necesară existența unei anumite constituții, a unui anumit temperament favorizant, fapt demonstrat și prin studiile privind rolul tipului de sistem nervos în provocarea nevrozei experimentale. În aceeași ordine de idei, studiul familiilor nevroticilor arată existența unui număr mai mare de persoane dezechilibrate comparativ cu familiile normale, iar investigațiile de laborator relevă adeseori la nevroticii constituționali modificări obiective ale funcțiilor vegetativo-umorale sau chiar și a substratului morfologic encefalic *.

Modificările morfo-funcționale întîlnite în cazul sindroamelor egofobe ne demonstrează că în această situație nu se poate vorbi de o perturbare psihică *sine materia*. Comportamentul nevrotic se

---

* P. Brânzei, Georgeta Zvonaru : *Contribuții la studiul pneumoencefalografic în bolile psihice.* Neurol. Psih. Neurochir., București, 1964, nr. 1-2.

Scanned with CamScanner

dezvoltă de fapt ca rezultat al unei conflictualități psihogene, concomitent cu anumite demodulări funcționale encefalice primare sau secundare (reversibile sau ireversibile), care, deși inaparente, pot fi totuși mai mult sau mai puțin evidențiate în raport cu posibilitățile oferite de explorările psihofiziologice actuale.

Precizarea substratului etiopatogenic diferit al nevrozelor, ca *dizarmonie egofobă constituțională*, sau ca *reacție psihologică de adaptare la exigențele impuse de viață*, comportă în același timp o semnificație medico-socială diferită.

Egofobul constituțional are nevoie de un sprijin permanent în adaptarea sa, indiferent de exigențele mediului ambiant și a nivelului său de pregătire instructiv-educativă.

Spre deosebire de egofobia constituțională, reacțiile nevrotice de suprasolicitare sau maladaptare se remit integral prin cură de repaus activ și medicație adecvată, posibilitatea prevenirii lor (prin activitate corespunzătoare tipului de sistem nervos corelativ cu aspirațiile ce animă în mod diferit fiecare persoană luată în parte), fiind în același timp cu mult mai mare.

Psihofiziopatologia comportamentului nevrotic. Influența stării psihice — și îndeosebi a tonusului afectiv — asupra funcțiilor somatice, constituie în prezent un fapt științific bine cunoscut asupra căruia ne-am referit deja vorbind despre sindromul psihogenetic intențional. Exemplificativ, reamintim doar observația privind influența stării psihice asupra secreției salivare, care i-a deschis lui Pavlov imensa perspectivă de lucru privind studiul reflexelor condiționate în condiții normale și patologice, prin intermediul cărora s-a descifrat determinismul fiziologic care stă la baza activității psihice *.

În scopul înțelegerii apariției și dezvoltării sindroamelor egofobe, cît și pentru prevenirea și tratamentul lor, o importanță deosebită revine conceptului pavlovian despre *tipul de sistem nervos.*

Cercetînd apariția și dezvoltarea stărilor patologice de tip nevrotic provocate experimental la cîinii prin supraîncordarea progresivă a proceselor de diferențiere (compararea unei elipse și a unui cerc) sau prin ciocnirea acută a două reflexe absolute contrarii (ex. alimentar și de apărare), Pavlov a precizat că dereglările funcționale psihosomatice au un caracter variabil în raport cu tipul de sistem nervos. Astfel s-a stabilit, pe de o parte, că în aceleași condiții de lucru unele animale pot prezenta tulburări grave și dura-

---

* Admițînd doctrina pavloviană despre reflexele condiționate — care în prezent se confirmă pas cu pas prin metodele fine și precise ale electroneurofiziologiei în ceea ce privește mecanismele lor de producere, este necesar să subliniem totodată că Pavlov a elaborat o concepție fiziologică despre „activitatea nervoasă superioară", fără a căuta prin aceasta să impună o dogmă psihiatrică.

Scanned with CamScanner

bile, altele tulburări ușoare și de scurtă durată, după cum, în sfîrșit, un număr de animale nu apar afectate. Pe de altă parte, în raport de tipul de sistem nervos, tulburările sînt fie predominant excitatorii, fie predominant inhibitorii (în unele cazuri apărînd și tulburări trofice deosebit de caracteristice), aceste tulburări dispărînd de regulă după reechilibrarea activității nervoase (respectiv după stingerea focarului dominant anxiogen) *.

Experimentul invers efectuat de Iacobsen, în 1941, cu cimpanzei leucotomizați, demonstrează imposibilitatea stabilirii unui model de nevroză prin suprasolicitare emoțională, animalul respectiv rămînînd totdeauna senin față de insuccesele sale repetate la nesfîrșit, deși înainte de întreruperea legăturii neuronilor din zona prefrontală cu nucleii subcorticali, același animal manifesta o reactivitate anxioasă frapantă în fața insuccesselor provocate de problemele de procurare ale hranei la care era supus **.

Concepția cortico-viscerală elaborată de Bîkov (contemporană și de aceeași esență doctrinară pavloviană cu teoria lui Speranski și Orbeli despre funcțiile adaptativo-trofice ale sistemului nervos central), contribuie — în plus — la cunoașterea tulburărilor psihosomatice și a stărilor nevrotice în general.

Influența nefavorabilă pe care o pot exercita șocurile emotive sau contractura penibilă ideo-afectivă prelungită asupra troficității întregului organism, constituie baza clinică a teoriei lui Selye despre „stress“ ca mecanism neuro-endocrin al „bolii de adaptare“, cît și a teoriei psihosomatice a lui Alexander despre „nevroza de organ“.

După teoria lui Selye privind mecanismele de adaptare neuro-endocrină la factorul de stress, se diferențiază două modalități de „eșec adaptativ“ : sindromul de „sub-adaptare“ (unde agentul stressant se află în acțiune și ar determina diabetul, boala Cushing, osteoporoza, tuberculoza etc.), și *sindromul de „supra-adaptare“* (unde deși agentul stressant a încetat să mai acționeze, tulburările se mențin în continuare ca în cazul alergiei, astmului, reumatismului, urticariei, ulcerului gastric etc.).

---

* Referindu-se la rolul perturbator al homeostaziei pe care îl exercită apariția unui focar de excitație anxioasă în cîmpul conștiinței, noi am demonstrat că la om este posibil să se producă prin persuasiune în stare de veghe sau prin sugestie în cursul hipnozei o creștere remarcabilă a consumului de oxigen (respectiv a metabolismului bazal), deși tonusul muscular periferic, tensiunea arterială și respirația pulmonară pot rămîne evident nemodificate. Invers, cunoscîndu-se că acidul nicotinic administrat intravenos la om provoacă după 30 de minute o evidentă creștere a metobolismului bazal, s-a obținut blocarea acestei creșteri a consumului de energie prin dezaferentare hipnotică.

** Prin extrapolare clinică, este de reținut faptul că în cazul unor bolnavi cu nevroză anxioasă obsesivo-fobică ireductibilă, leucotomia prefrontală și îndeosebi stereotaxia intracapsulară poate da uneori rezultate surprinzător de bune.

Scanned with CamScanner

Sub denumirea de „nevroză de organ, sindroame sau boli psiho-somatice“, F. Alexander și școala sa includ sindromul psihofiziologic de adaptare descris de Selye, respectiv orice boală sau sindrom care manifestă o corelație psihosomatică, începînd cu reacțiile vegetative emoționale și terminînd cu „bolile psihosomatice propriuzise“ (ca tuberculoza, ulcerul gastric, hipertensiunea arterială, afecțiuni dermatologice, metabolice, degenerative etc. cronice sau ciclice, inclusiv nevrozele și psihozele, indiferent de etiologia lor), în toate cazurile fiind incriminată, după acest concept, o etiopatogenie primordial psihogenă.

Astfel, pentru psihosomaticienii aderenți la neofreudismul lui Alexander, ulcerul gastro-duodenal ar fi determinat de „frustrarea nevoilor returnate“, alergiile și afecțiunile dermatologice (ca psoriazisul, urticaria, dishidrozisul, eczema), prin „nevoia de a depăși teama de a fi părăsit sau de a pierde dragostea maternă, sau echivalentul său“ ; astmul ar constitui expresia „inhibării mărturisirii și a plînsului“, iar pruritul anal și urticaria „conversiunea neliniștii prin calitățile erogene ale pielii“ (Alexander, Ziwer, Fenichel etc.) ; tuberculoza pulmonară s-ar explica prin „forme de dragoste, cu abandonare în viața parazitară“, iar lupta bolnavului împotriva acestei pulsionări inconștiente ar duce la o „sinucidere organică“ (Racamier) ; hipertensiunea arterială prin „oprimarea cronică a unor ambiții neputincioase, disimulate din cauza fricii de agresivitate“ (Fl. Dunbar, Saul, Alexander) ; afecțiuni ginecologice diferite etiologic ca amenoreile, gestozele, dismenoreile, nașterile distocice, pruritele vulvare, fibromatoza etc., sînt explicate prin „neliniștea determinată de nesatisfacții sexuale sau atașamentul prea mare față de mamă“ (Menningher, Chertok etc.) ; reumatismul poliarticular cronic evolutiv prin „virilizarea fetițelor cu mame autoritare, pentru a-și compensa inferioritatea“ (H. Dunbar) etc. Aceleași interpretări le întîlnim și în cazul obezității, diabetului, glaucomului, migrenelor etc., „personalitatea psihosomatică“ caracterizîndu-se după Halliday prin imaturitate și fragilitate psihică cu descărcare emoțională viscero-vegetativă determinată de frustrații afective infantile, predispoziția psihosomatică fiind creată fie prin „conflict-agresivitate“, fie prin „eșec de adaptare“.

În ce privește „predilecția“ sindroamelor funcționale pentru un anumit organ sau sistem, psihosomaticienii respectivi recurg și în prezent la metaforicul „limbaj al organelor“, în numele căruia — se consideră că „fiecare organ, funcție sau sistem poate fi sediul unei investiții arhaice conflictuale“.

În concluzie, după concepția psihosomatică de orientare neofreudiană, orice boală de organ sau de sistem, de natură endogenă sau exogenă, se rezumă în esență la psihogenii provocate de primele trăiri conflictuale preobiectale infantile, a relațiilor de „dependență-agresivitate“, ca „dorință de fugă sau de ostilitate“ sau ca

Scanned with CamScanner

„oscilație între fugă și luptă", trăiri inconștiente refulate sau inhibate ce realizează tensiuni afective convertite în bipolaritatea suferințelor psihosomatice *.

Practic vorbind, slăbiciunea medicinii psihosomatice de orientare neofreudiană constă în pericolul neglijării factorului etiologic în favoarea unei atitudini psihanalitice, iminența unui accident vital rămînînd mereu deschisă în cazul unor boli somatice ignorate. Astfel, de exemplu, H. Baruk citează cazuri de suferință somatică cu evoluție nefastă, considerate perseverent drept psihogenii provocate prin complexe sexuale și tratate în consecință doar prin psihanaliză.

Rezumînd datele informative succint expuse cu privire la patogeneza psihogeniilor egofobe, rezultă că atît doctrina nervistă cît și cea psihosomatică recunosc unitatea funcțională a organismului, însă modul de interpretare a interrelațiilor morfo-funcționale și al modului de generare a tulburărilor este diametral opus: conceptul nervist fundamentează un monism dinamic psihofiziologic, iar conceptul psihanalitic (sub diversele sale variante) dialectica unui organo-dinamism — cu predilecție metafizic sau epifenomenist.

Revenind la punctul nostru de vedere cu privire la interrelațiile bio-psiho-sociale ca un raport dialectic dinamic și totodată unitar dintre conținut și formă, rezultă că medicilor le revine sarcina de a se preocupa concomitent atît de suferințele biologice care generează perturbări psihice, cît și de modalitățile prin care nivelul de conștiință influențează fondul biologic, armonizînd sau dezorganizînd homeostazia internă și comportamentul adaptativ la mediul ambiant.

Plecînd de la conceptul despre *nivelul de conștiință*, pe care îl înțelegem ca o expresie valorică oscilant-adaptativă a personalității umane, ar rezulta, pe plan psihofiziologic, fecunditatea euristică a recunoașterii unei reverberări în dublu sens, de la memoria biologică celulară la nivelul cunoașterii abstracte, și invers, semnificația „sedimentărilor" graduale ale trăirilor ideo-afective pînă la profunzimile abisale ale inconștientului somatizat.

Alternanța nivelului de conștiință nu se referă numai la procesele de cunoaștere, orice *gnozie* conținînd în mod necesar un *element afectiv* mai mult sau mai puțin conștientizat. Astfel, de exemplu, o suferință de organ rămîne inconștientizată atît timp cît impulsurile care pleacă din el sînt analizate (epuizate) la nivelul releelor neuronale subcorticale, deși poate provoca o stare nedefini-

---

* F. Alexander: *La médecine psychosomatiyue.* Ed. Payot, Paris, 1952; H, Fl. Dunbar: *Emotions and bodily Changes,* 1943; Weiss et English: *Médecine psychosomatique,* 1952; H. Ey și colab.: *Médecine psychosomatique et névroses d'organes.* Enciclop. Méd. Chir. (Psychiatrie) 1955; H. Baruk: *Traité de Psychiatrie* 1959; H. Ey. P. Bernard, Gh. Brisset: *Manuel de Psychiatrie,* 1963 etc.

Scanned with CamScanner

bilă de indispoziție prin excitațiile subliminare neuroumorale. În momentul în care stimulii care pleacă din viscerul afectat ating pragul de excitare al structurilor corticale, fie prin creșterea intensității lor, fie prin scăderea pragului de excitare corticală, suferința viscerală se conștientizează (eventual și prin intermediul deformat al viselor) apărînd — de la caz la caz — și o eventuală reacție egofobă. Invers, generarea în cîmpul conștiinței a unui cuplu ideo-afectiv obsesivo-fobic de suferință al unui anumit organ, neafectat însă biologic, poate determina — de la caz la caz — în funcție de particularitățile tipului de sistem nervos, perturbări funcționale de coloratură cenestopatică.

În ambele situații date, adică atît în cazul apariției unei reacții nevrotiforme prin consens viscero-umoral, respectiv sindromul psihosomatic, cît și în cazul unei nevroze ca sindrom psihogenetic propriu-zis, se poate stabili un anumit nivel de conștiință morbidă cu prevalență egofobă, deși între aceste două categorii de fenomene există motivații primordiale calitativ diferite. Schematizînd, cu toate riscurile pe care le presupune o asemenea tendință, se pot diferenția, următoarele particularități tipologice ale trăirilor egofobe :

Nevroticul este preocupat penibil de ce se petrece cu starea sa de sănătate pînă la limitarea sau anihilarea activității productive, egofobia dezvoltîndu-se de obicei pe un teren constituțional predispozant, în afara unei suferințe viscero-umorale manifeste.

Psihosomaticul, afectat de o suferință viscero-umorală, caută — și de regulă reușește — să-și stăpînească moral suferința, chiar și atunci cînd *știe* că boala sa are o evoluție fatală. În același timp, preocuparea egofobă este indusă de o suferință viscero-humorală manifestă și se stinge odată cu vindecarea acesteia.

Psihogeneticul intențional (pitiaticul, istericul) se refugiază în boală antrenat primordial de o nesatisfacție, un interes, sau prin imitație, mimînd de preferință suferințe spectaculare de tip neurologic sau nevroze de organ și mult mai rar psihoze incomod de mimat, ieșirea din boală producîndu-se fie prin pierderea semnificației suferinței acuzate, fie sub influența unei persuasiuni contrasugestive eficiente.

Nevrozele infantilo-juvenile au de predilecție caracterul unor disritmii funcționale ale activității nervoase superioare, provocate prin inducție psihogenă negativă — care însă nu exclude și posibilitatea existenței unei fragilități encefalice congenitale sau a diverselor suferințe organice oligosimptomatice, adeseori ignorate. Astfel, tresărirea, ticurile, pavorul nocturn, enurezisul sau somnambulismul pot constitui simptomatologia atipică a epilepsiei sau a stărilor fazice dintre somn și veghe, a unor encefalodistrofii congenitale sau consecutive encefalitelor și meningoencefalitelor. Aceleași simptome pot fi determinate însă și de obișnuința copilului mic de a adormi prin legănare, de a dormi cu lumină, în același pat cu adulții etc.

Scanned with CamScanner

Tulburările de vorbire (dislaliile) pot avea caracterul unei debilități senzorio-motorii sau al unor particularități individuale, după cum pot fi și expresia unei educări neadecvate a vorbirii, a spaimei, a corectării intempestive a stîngăciei, a imitației, a unui exces sau a unei carențe afective etc., situații care presupun cunoașterea intimă a relațiilor copilului cu mediul său apropiat.

Sindromatica de tip psihogen, oricît de caracteristică ar părea, chiar pentru un clinician rutinat, obligă cu necesitate la precizarea unui diagnostic diferențial, elaborat corespunzător criteriului etiologic, pentru indicarea celor mai adecvate măsuri terapeutice.

Considerăm ca o eroare însușirea orientării acelor psihosomaticieni, care, ignorînd leziunea de organ, recurg la atitudinea „psihanalitică" în scopul strict al „conștientizării și lichidării stărilor conflictuale instinctuale".

Este pe deplin înțeles că o psihoterapie rațională de susținere a tonusului moral și de anihilare a tensiunii anxioase reactive, concomitent cu o bioterapie pe cît posibil mai etiologică, va fi de un real folos atît pentru bolnavul ulceros, hipertensiv, tuberculos sau alergic, și cu atît mai mult pentru egofobul constituțional. În același timp, răscolirea psihanalitică pentru găsirea cu orice preț a unor „conflicte" fixate în planurile inconștiente ale personalității încă din stadiul „pre-obiectal-narcisic", poate constitui un factor de agravare a stării unor nevropați, în funcție de sugestibilitatea lor egofobă, sau de fundamentare a refugiului intenționat în boală.

Pentru asemenea considerente, tehnica psihoterapiei, diferențiată sub diversele ei modalități, constituie un apanaj al medicinii, amatorismul în această direcție constituind un abuz combătut de psihiatrii clinicieni din întreaga lume, datorită iatrogeniilor pe care le provoacă.

Profilaxia nevrozelor pune în discuție în primul rînd orientarea socio-profesională în raport cu tipul de sistem nervos (temperament). Astfel, de exemplu, orientarea unui tip sangvinic, excitabil, într-o activitate monotonă prelungită, va provoca cu mai multă ușurință dezorganizarea mobilității proceselor de inhibiție, în timp ce la tipul „slab" inhibabil, sau „tare echilibrat inert", situația va fi inversă.

Munca de răspundere îndeplinită fără pasiune creatoare sau competență efectorie, sau frecventele comutări ale sterotipurilor dinamice, favorizează ecloziunea reacțiilor egofobe ale căror preludiu îl constituie nehotărîrea, impresionabilitatea iritabilă, autoanaliza neliniștită și epuizarea rapidă a capacității de concentrare la efortul mintal.

Activitatea psihică prelungită și epuizantă, peste limitele capacității fiziologice, nesatisfacțiile și grijile de nedepășit, suferințele somatice și nealternarea judicioasă a ritmului activitate-repaus energizant, poate determina, la un moment dat, *starea de surmenaj*

Scanned with CamScanner

(reacția nevrotică de suprasolicitare) indiferent de vîrstă, pregătire sau pasiune față de activitatea depusă.

Remisiunea stării de surmenaj (nevroza de suprasolicitare) se obține mai dificil cînd apare la tipul tare echilibrat inert (temperament flegmatic) comparativ cu tipul „slab" sau sangvinic (tare echilibrat mobil), însoțindu-se totodată mai frecvent și de visceralizări de tipul hipertensiunii arteriale, diabetului sau ulcerului gastroduodenal.

În producerea inducției nevrotizante, un rol apreciabil îl are iatrogenia provocată prin insuficienta orientare psihoterapică a medicului consultant, interpretarea simplistă a simptomului izolat, cît și „educația medicală" necorespunzător formulată, ca de exemplu predicarea dogmei despre rolul determinant al onanismului în apariția bolilor psihice *.

Aspecte particulare în geneza și profilaxia nevrozelor le constituie pe de o parte criza puberală (prin complexitatea factorilor psihofiziologici determinanți, inclusiv dezadaptările școlare), iar pe de altă parte dezechilibrele apărute ca expresie a vîrstei înaintate, ambele necesitînd corecții medico-psihologice diferențiate.

Încheind prezentarea schematică a tipologiei nevrotice, subliniem încă o dată că îndepărtarea cauzei determinante — psihogene sau biogene — chiar și atunci cînd ar fi doar o „simplă" parazitoză intestinală, o „banală" acnee juvenilă, un elementar „complex" de inferioritate sau de incompetență, poate contribui spectacular la vindecarea unei obscure reacții nevrotice.

Anticipînd capitolul psihoterapiei, am dori doar să spunem că semnificația conștientizării catartice a unor conflicte ideo-afective, refulate sau uitate, nu trebuie să caute cu orice preț preexistența unei conflictualități interne de natură sexuală obligatorie, această sugerare din partea terapeutului configurînd riscul de a induce diverse aspecte negative de „transfer", și cu atît mai mult în cazul unor structuri psihoplastice morbide.

---

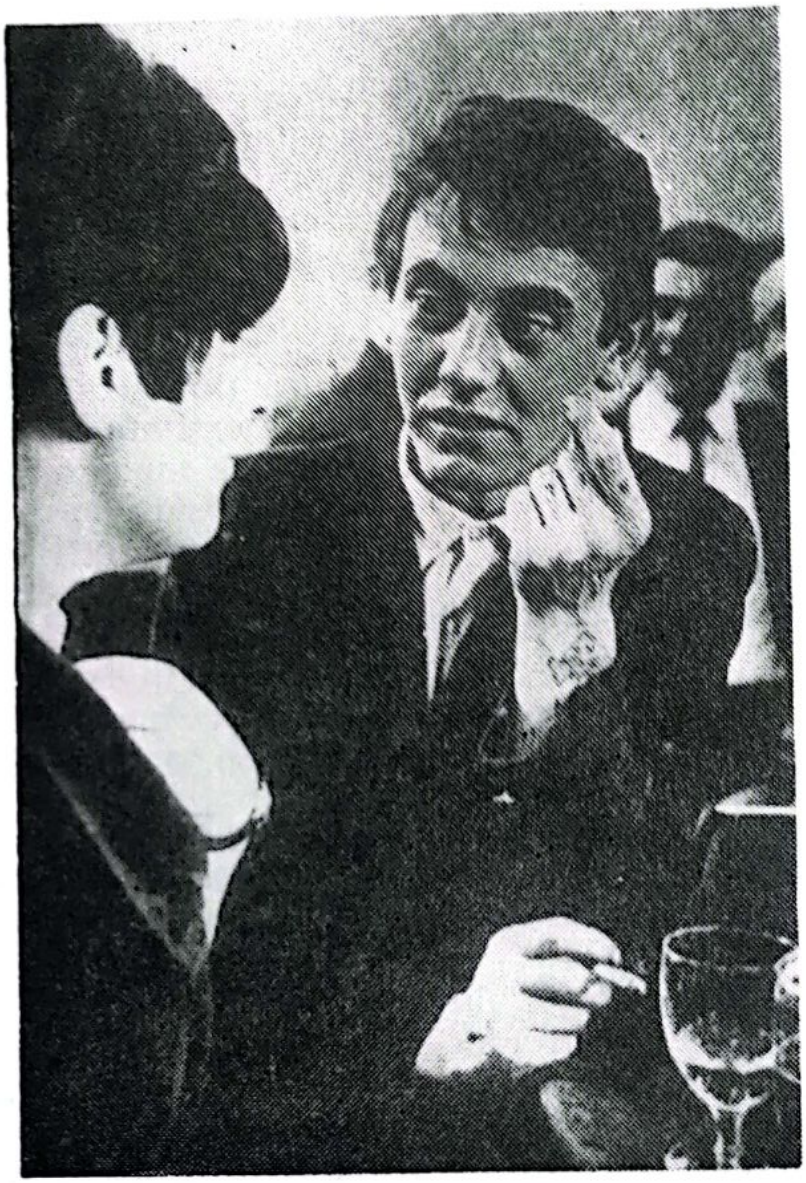
* Onanismul exprimă de obicei o exaltare emoțională la puberii cu imaginație vie, fără a fi prin el însuși generatorul bolilor psihice. Prezentarea simplistă a onanismului ca generator al bolilor psihice poate avea efectul unui șoc afectiv asupra unor tineri sugestibili care să ducă pînă la generarea unor sindroame psihogenetice. Aceleași efecte psihogene negative pot fi determinate și de predicarea dogmelor despre frigiditate sau abstinență sexuală ca factori generatori ai îmbolnăvirilor psihice. Precocitatea comportamentului sexual inadecvat poate fi combătută prin călirea organismului prin sport, muncă și continență sexuală pînă în momentul potrivit, în scopul dezvoltării voinței și integrității morale ,criterii față de care tinerii manifestă o receptivitate firească, atunci cînd nu sînt bombardați cu o mass-media perturbatoare sau demodulați prin inductori maligni.

Scanned with CamScanner

Egofilie nucleară și comportament aberant

Egofilia nucleară comportă o semnificație deosebită ca substrat constituțional al personalității dizarmonice cu polarizare malignă a comportamentului, diferențiată sub denumirea de „Psihopatie" moral insanity, moralische krankheiten, perversitate constituțională, nevroza caracterului caracteriopatie etc.).

Dizarmonia egofilă psihopatică a personalității (de natură eredo-constituțională sau cîștigată prin diverse cauze encefalo-abiotrofizante) devine manifestă în cursul dezvoltării infantilo-juvenile — cu precădere sub influența inducțiilor sociogene negative, obiectivîndu-se prin funcții de cunoaștere eventual bine dezvoltate, însă cu insuficientă capacitate frenatorie asupra pornirilor instinctiv-emoționale și defectivitatea sentimentelor etice-sociale (care poate ajunge pînă la o adevărată „idioție" morală), deși discernămîntul asupra conținutului și urmărilor acțiunilor întreprinse este păstrat.



(Apud *Santé du monde)*

Diagnosticul de „psihopatie" comportă în mod necesar corelarea datelor anamnestice, sindromatice și etiopatogenice cu rolul factorilor de mediu în motivația comportamentului.

Datorită variabilității de nivel și intensitate a stărilor psihopatice, apare tentația facilă de a îngloba în această categorie, limitrofă cu normalitatea, toate dezechilibrele personalității care nu se însoțesc de tulburări evidente ale funcțiilor de cunoaștere și în primul rînd nevrozele, cît și de a considera psihopatiile ca o stare premergătoare apariției psihozelor.

În realitate, psihopatia constituie o entitate nosologică distinctă

Scanned with CamScanner

în cadrul dizarmoniilor personalității (vezi pp. 159—161), deși în calitatea sa de „mens aberatio" (în sensul devierii personalității de la normalitate) se află în interferență cu nevrozele prin unele alternanțe obsesivo-anxioase și slăbiciune iritabilă, iar pe de altă parte cu debilitatea mintală nu numai prin deficitul sentimentelor moral-sociale, dar și prin deficite moderate de abstractizare (ce se pot găsi la o explorare mai atentă la peste 50% dintre psihopați).

Exceptînd isteria — care prin elementele sale structurale se omologhează de fapt în categoria psihopatiei — dizarmonia personalității nevroticului constituțional se diferențiază definitoriu prin exacerbarea egofobă a sentimentelor moral-sociale, eventualitatea „actului de periculozitate" consumîndu-se ca o reprezentare anxioasă pe plan mintal.

De asemenea, deși psihopatia interferează orbita oligofreniei ca defectivitate psihică cronică (înnăscută sau cîștigată în copilărie), oligofrenia se diferențiază ca entitate distinctă ce înglobează în primul rînd deficitele funcțiilor de cunoaștere.

În sfîrșit, practica nu confirmă că psihopatia ar realiza un coeficient mai ridicat de psihoze comparativ cu persoanele cu un fond premorbid aparent normal.

Delimitarea psihopatiei ca dizarmonie egofilă a personalității rămîne să se facă în același timp prin existența obligatorie a unei malignități nucleare transpusă în comportament aberant deliberat, criteriu sociologic asupra căruia istoria oferă suficiente exemple spre a fi luate în seamă.

Raportînd comportamentul la relațiile sociale, apare nevoia delimitării coordonatelor psihopatiei atît față de normalitate, cît și față de restul patologiei mintale, prin conținutul motivației devierilor de conduită și a capacității de a discerne sensul acțiunilor întreprinse. Astfel, nu este lipsit de semnificație dacă o persoană animată de sentimente progresiste este considerată ca psihopată întrucît se află în contradicție cu o ideologie reacționară, după cum nu este lipsit de importanță dacă, într-o societate care tinde spre progres, aberantul comportamental este exonerat de măsurile legale educativ-represive în numele unui umanism utopic ce eludează criteriile obiectiv-științifice ale psihiatriei clinice.

Confuzia privind semnificația sociologică a noțiunii de psihopatie apare manifestă în cazul autorilor care o consideră sinonimă cu noțiunea de nevroză, deoarece în ambele situații nu se produce o alterare manifestă a nivelului de cunoștință, dizarmonia personalității avînd totodată un caracter constituțional. Într-adevăr, clinica demonstrează că o structură psihopatică constituțională poate să prezinte decompensări nevrotiforme, după cum și un egofob înnăscut poate manifesta eventuale reacții psihopatiforme în condiții negative de viață. Posibilitatea unor interferențe între nevroză și psihopatie (ambele interceptînd totodată și orbita oligofreniei) nu

Scanned with CamScanner

impune și generalizarea concluziei că aceste categorii nosologice distincte ar constitui doar particularități ale aceleiași dizarmonii a personalității. Pentru orice observator avizat este într-adevăr imposibil să nu remarce că implicațiile antisociale constituie regula în cazul psihopaților ca expresie a *preocupării lor egofilice*, și doar o excepție fortuită în cazul nevroticilor predominați de *contractura lor egofobică*.

Rezolvarea neclarităților privitoare la delimitarea cadrului nosologic al psihopatiei, implică acordul clinicienilor — în primul rînd — asupra trăsăturilor sale morbide fundamentale, indiferent de particularitățile temperamentale ale fiecărei persoane luată în parte.

Coroborînd concluziile marilor clinicieni cu observația îndelungată, credem că pot fi luate în considerare următoarele elemente ca trăsături psihopatologice fundamentale ale psihopatiei vera (nucleare):

Cronicitatea dizarmoniei personalității psihopatice, cu exacerbări periodice care evoluează independent sau corelat cu factorii sociali (înăsprirea sau relaxarea supravegherii, contrarietăți ideo-afective, inducția vicioasă și condițiile favorizante ale comportamentului social dezadaptat).

Egofilia pînă la orbire afectivă față de bucuriile sau suferințele celor din jur, sau față de criteriile unei echități colective, în sensul : „așa vreau, așa fac, satisfacția mea este singura justificare".

Psihoplasticitatea morbidă cu receptivitate vicioasă deosebită și transpunere malignă prin deficitul sentimentelor moral-sociale, psihopatul constituind cu precădere un inductor asupra comportamentului tineretului în formare.

Dezinhibare și pervertire instinctiv-emoțională.

Dificultăți în efectuarea unei activități susținute cu disciplină impusă și schimbarea frecventă a locului de muncă, pînă la nihilism social.

Onirofilie cu instalarea rapidă a dependenței drogomanice.

Impulsivitate și agresivitate, de la scurt circuitul mintal al obsesiilor instinctuale, pînă la omucidul monomanic pentru o contrarietate neînsemnată sau ca răzbunare indirectă, impulsii ce pot fi precedate de anxietatea premeditării și apoi de o destindere afectivă după efectuarea actului.

Hipoestezie pînă la anestezie psihică, cu tatuări, automutilări sau înghițire de obiecte, pentru a impresiona sau a șantaja o situație precară.

Denaturări erotice de la falsa paradă pasională, pînă la pervertiri sexuale, pe care le găsește singur sau prin inducție vicioasă.

Scanned with CamScanner

Întrucît structura temperamentală este diferită la fiecare persoană luată în parte, apare în mod firesc şi o variabilitate de manifestări psihopatice, reunite însă într-o entitate morbidă prin comportamentul cronic aberant — apărut încă din stadiul dezvoltării infantilo-juvenile.

În scopul diferenţierii aspectelor clinice ale psihopatiei, s-au enunţat în decursul timpului numeroase clasificări care, în esenţa lor, pot fi grupate în felul următor :

Trăsături morbide temperamentale predominante (Kraepelin, Kahn, Kretschmer, K. Schneider, Ganuskin etc.).

Intensitatea tulburărilor de comportament : uşoare, medii, excesive (J. Borel) ; nucleare şi periferice (K. Schneider, O. K. Kerbicov etc.).

Cauze etiologice : biogene (înnăscute sau cîştigate — encefalopatii tardive) şi sociogene (Joffroy şi Doupuy, Suhareva etc.).

Întrucît criteriile folosite în clasificarea formelor clinice ale psihopatiei nu sînt univoce pentru elaborarea diagnosticului (trăsături morbide predominante, intensitate şi cauze etiologice), i-au determinat pe unii autori să renunţe la diferenţierea formelor clinice (E. Bleuler, H. Ey).

Deşi clasificările propuse în decursul timpului au fost criticate rînd pe rînd, fiecare dintre ele contribuie totuşi la sublinierea anumitor particularităţi ale psihopatiei. Astfel, de exemplu, Kurt Schneider — autorul cel mai perseverent şi totodată cel mai comentat în legătură cu studiul psihopatiei, descrie, ca şi Kraepelin, Ganuskin, Gurevici şi alţi autori, forme clinice particulare, diferenţiate pe baza unei trăsături temperamentale dominante : hipertimici, depresivi, neliniştiţi, fanatici, orgolioşi, instabili, explozivi, apatici, abulici, astenici etc.

Realitatea clinică ne determină să recunoaştem întrepătrunderea următoarelor complexe simptomatice în clinica psihopatiei : cronicitatea, egofilia, psihoplasticitatea, malignitatea, dezinhibarea şi perturbarea pornirilor instinctiv-emoţionale. În aceste condiţii divizarea descriptivă în numeroase subgrupe doar pe baza unei trăsături dominante îi conferă un cadru artificial, ele contopindu-se de fapt în sindroame în interrelaţie dinamică în cadrul aceleiaşi dizarmonii a personalităţii, predominenţa mai mult sau mai puţin evidentă a unor anumite trăsături morbide determinînd coloratura comportamentală diferenţială pentru fiecare caz în parte.

Bazîndu-ne pe observaţia clinică şi clasificaţiile enunţate, diferenţiem următoarele sindroame fundamentale — care se întrepătrund totodată — în cadrul psihopatiei ca entitate nosologică.

Sindromul isteropatic — psihopatia isterică (istero-impulsivii, excitabilii explozivi, instabilii emotiv) ; predomină psihoplasticitatea şi sugestibilitatea crescută, mitomania şi simulaţia pînă la pozare

Scanned with CamScanner

în erou sau victimă, vagabondajul, obsesiile-impulsii, egofobia și pervertirile instinctiv-emoționale :

R. E. în vîrstă de 24 ani, casnică, comportament aberant, agresiv, la adresa propriei familii (triplu infanticid).

Antecedente : — *Tatăl alcoolic impulsiv ; mama „fire ciudată, căreia îi place să stea pe întuneric, să fumeze și să viseze", dintre rudele căreia doi veri „s-au sinucis din dragoste" ; mai are un singur frate, cu tulburări de caracter, care pînă la vîrsta de 22 ani a suferit două condamnări pentru furt și înșelăciune.*

Personalitatea dizarmonică constituțională : *Din copilărie s-a remarcat o bună dezvoltare a funcțiilor de cunoaștere și afectivitate dezechilibrată „fire sensibilă — plîngea și se enerva cu ușurință, fiind ușor iritată de orice lucru care nu-i plăcea". La vîrsta de 17 ani, fiind în clasa XI, fuge de acasă.*

De la început, soțul remarcă labilitatea ei emoțională : „se supăra repede și tot atît de repede îi trecea ; odată, fără un motiv plauzibil, a spart din furie vasele".

Psihoplasticitate : — *se transpunea cu ușurință în postură de eroină, îndeosebi după vizionarea unor filme cu puternică coloratură erotică. În scopul de a face bună impresie, își recomandă soțul vecinilor ca inginer sau drept un sportiv de renume, iar pe dînsa se prezenta ca studentă în drept, avocat sau procuror (așa cum ar fi dorit să ajungă).*

Lipsind de acasă cu ocazia decesului tatălui, cînd s-a întors le-a povestit vecinilor că a fost la o stațiune balneară, „unde s-a distrat foarte bine". După efectuarea crimei, s-a recomandat la Institutul de medicină legală ca studentă în drept, titulatură pe care și-a arogat-o apoi în continuare față de medicii care au examinat-o.

Egofilie — *cu agenezia sentimentelor moral-sociale. Se îngrijește mult de ținuta exterioară ; nu concepe că ar fi posibil să apară la proces „în uniformă vărgată", sau ca soțul să o părăsească ; într-o asemenea situație „de neînchipuit" ar dori să se recăsătorească și să mai aibă un copil.*

Concomitent cu incapacitatea unei rezonanțe afective corespunzătoare gravității faptei, se remarcă o nuanță acuzatoare față de familie „care nu a îngrijit-o cînd a fost bolnavă".

Motivația crimei apare ca fiind favorizată de un cuplu de factori agravanți :

Decesul tatălui și coincidența unei trihomoniaze îi sugerează carcinofobia, cuplată inconstant cu obsesia sinuciderii. Grefajul tanatofobic nevrotiform pe fondul său psihopatic, determină exagerarea egofiliei obiectivată în consultări medicale repetate și dezinteres față de soț și copii, tandrețea fiind înlocuită cu apatie și iritabilitate.

Concentrarea tanatofobică este brusc înlocuită de prevalența omucidară, ca răzbunare față de refuzul soțului de a rămîne aca-

Scanned with CamScanner

să cu copiii în ziua programată spre a merge la un consult medical.

După consumarea impulsiei omucidare a „resimțit o destindere", continuată de o reacție primară de apărare prin disimulare, plasînd victimele în pat și acoperindu-le cu o pătură, după care a rămas liniștită în cameră. La cca 20 minute după crimă fiind vizitată de fratele ei, găsește o motivare plauzibilă de a-l scoate repede din casă.

La 20 ore după crimă, discută cu medicii legiști „cu dezinvoltură și amabilitate cele mai variate subiecte, căutînd să facă o bună impresie, deși se acuză neconvingător că este o brută care-și merită pedeapsa".

De asemenea, medicii consemnează că „se interesează în mod deosebit de starea ei de sănătate fizică, în sensul dacă suferă de vreo maladie".

Electroencefalograma indică „imaturitate corticală" cu traseu dezorganizat, caracteristic în psihopatia nucleară, iar pneumoencefalografia — imagini de atrofie corticală cu predominanță frontală.

Sindromul ciclopatic (psihopatia cicloidă, labili, hipertimici, depresivi, neliniștiți) se diferențiază prin predominența oscilațiilor afective între euforie și anxietate, predilecție pentru toxicomanii, furturi, înșelăciune, acte de violență și impulsiuni sexuale, automutilări, tentative de sinucidere :

A. I. din copilărie s-a remarcat prin instabilitate afectivă, vioiciune excesivă, fugi, agresivitate.

Devenind dogar, contractează cu o cooperativă confecționarea unor butoaie. Primind banii pentru procurarea materialului, vagabondează prin toată țara, cheltuind banii în chefuri.

Supărat de un cunoscut, aleargă după el cu un cuțit spre a-l înjunghia și, de necaz că nu l-a ajuns, și-a implîntat cuțitul în burtă. A fost condamnat în repetate rînduri pentru furt, înșelăciune, călătorie frauduloasă pe căile ferate, tentativă de crimă prin împingerea unei femei sub vagon „deoarece întîrzia la urcare".

Arestat pentru lovire, devastează mobilierul. Trimis la spital pentru expertiză, atacă escorta și apoi în cursul observației înghite diferite obiecte pentru a-și demonstra „forța morală". Suportă greu limitarea libertății și face crize depresive tranzitorii, urmate de izbucniri coleroase.

Analiza stării psihice relevă o bună dezvoltare a funcțiilor de cunoaștere, în contrast cu agenezia sentimentelor etice-sociale.

Sindromul schizopatic (psihopatia schizoidă, heboizi, rezervați, închiși în sine patologic) se diferențiază prin înstrăinare față de me-

Scanned with CamScanner

diul familial și social, inadaptabilitate, dromomanie, artă stranie și îndeosebi răutate „rece", pînă la monstruozitate :

Din copilărie prefera să se joace de unul singur, era puțin comunicativ, lipsit de afectivitate față de familie ; vagabonda, se distra chinuind animalele.

La vîrsta de 16 ani, fiind cu vitele pe cîmp, ajunge la o încăierare cu un alt băiat și după ce îl doboară, îl mutilează cu deliberată malignitate.

Sindromul epileptopatic — psihopatia epileptoidă. Se aseamănă cu epilepsia cu tulburări psihice prin spirit reclamator, explozivitate emoțională, politețe excesivă față de cei puternici în contrast cu malignitate față de cei neajutorați sau subordonați, oscilații între exaltarea mistică și violența unor crude răzbunări. Spre deosebire de epilepsia cu tulburări de caracter, epileptopatul nu prezintă totuși paroxisme accesuale sau modificări electroencefalografice caracteristice.

Sindromul paranoiacopatic — psihopatia paranoiacă (cverulenții, certăreții, procesivii, persecutat-persecutorii) se caracterizează prin predominența egofiliei ambițioase și a hipertimiei productive ce le conferă forță pasională în urmărirea scopurilor propuse, concomitent cu malignitatea tulburărilor permanente comportamentale (minciună, șantaj, calomnie, falsuri), în prezența discernămîntului asupra interrelațiilor sociale. Prezența discernămîntului îi delimitează pe paranoiacopați de bolnavii cu psihoze delirante, și le conferă, totodată, un potențial mai ridicat de periculozitate socială.

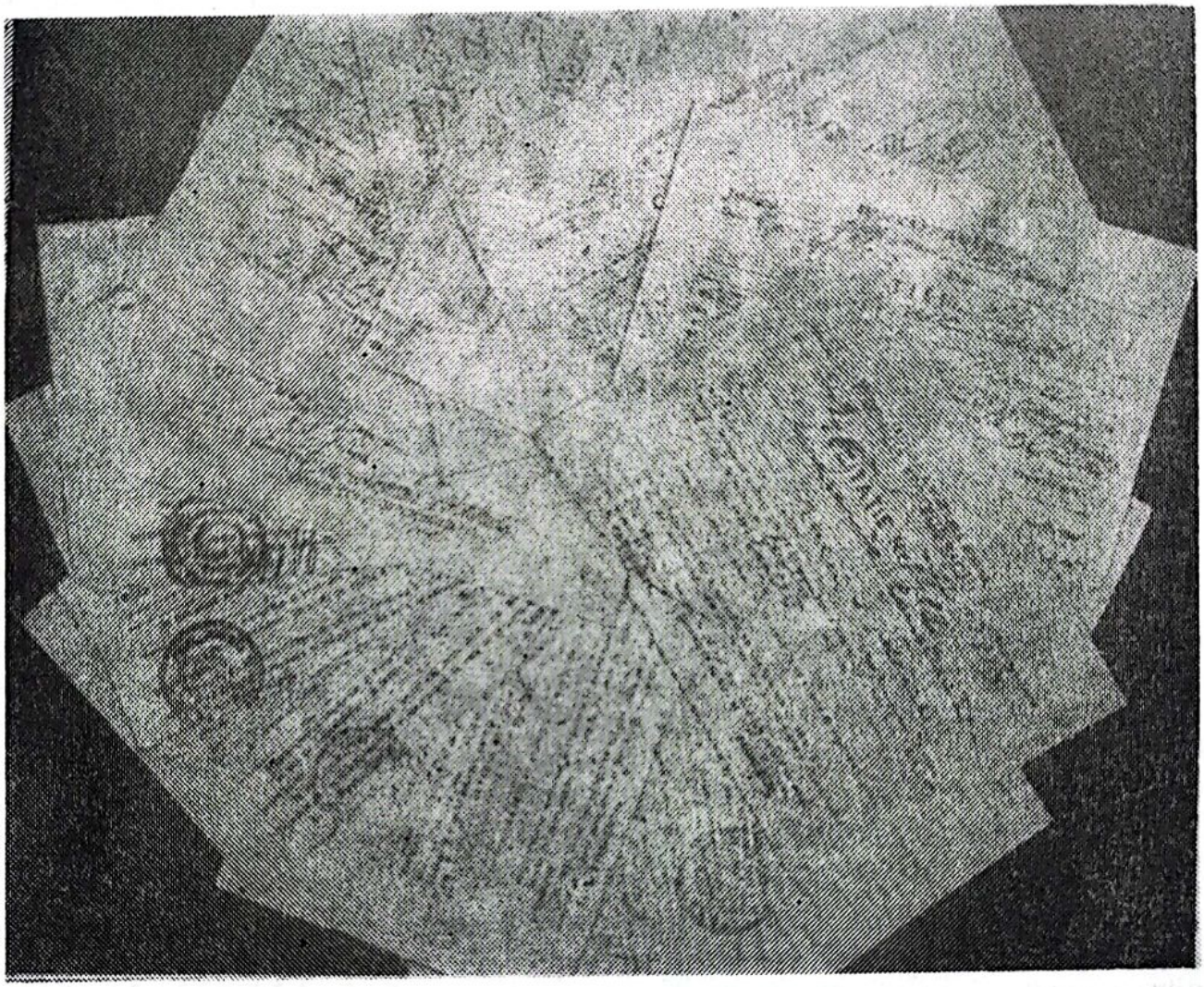
Paranoiacopatia îi caracterizeează de regulă pe așa-zișii „însetați de dreptate", care folosesc cu înverșunare orice mijloc pentru atingerea scopurilor propuse, fără a fi însă prin aceasta în mod definitoriu bolnavi psihotici cu responsabilitatea penală pierdută.

Pentru caracterizarea paranoiacopaților din toate timpurile, redăm, de o manieră prescurtată, sugestiva descriere realizată de L. F. Arnaud în 1903, și apoi de Henri Baruk în 1959 :

— Pe lîngă bolnavii suferind de delir de interpretare, care este deosebit de evident datorită absurdității interpretărilor, există alții la care nu se poate descoperi un delir absolut evident, însă a căror falsitate de raționament și a actelor din ce în ce mai insuportabile pe care le comit relevă de asemenea o natură patologică ce obligă, pentru unii dintre ei, a se lua măsuri în scopul de a proteja societatea împotriva acțiunilor răutăcioase ale acestora. Totuși aceste măsuri sînt în general tardive, deoarece nu se intervine decît după ce această categorie de bolnavi au produs adesea o serie de perturbări grave, ajungînd chiar pînă la catastrofă.

Scanned with CamScanner

Aceştia sînt subiecţii desemnaţi de Julles Falret sub numele de persecutori raţionali sau persecutaţi-persecutori. Această boală survine destul de des la subiecţii predispuşi, dezechilibraţi cu stigmate fizice şi psihice.



Aceeaşi persoană cu 14 procese pe rol, în cursul unui singur an.

Starea lor mintală se caracterizează printr-un deficit în echilibrul intelectual şi moral, deficit care se traduce clinic prin activitate dezordonată şi sterilă, gîndire falsă, neîncredere morbidă, egoism feroce şi orgoliu nemăsurat. Caracterul lor este bizar şi dispoziţia schimbătoare; facultăţile lor foarte inegal dezvoltate, prezintă contrastele cele mai neaşteptate...

Intre altele, după cum a arătat Kraft-Ebing, ei sînt mincinoşi şi de rea credinţă şi au o aptitudine deosebită de a denatura adevărul. Adesea se constată la ei, ca tulburare fundamentală a inteligenţei, o absenţă completă a fidelităţii în reproducerea ideilor, care atrage în consecinţă desfigurarea tuturor faptelor.

Astfel, nimic nu este mai greu decît de a discerne din interminabilele lor incriminări, partea adevărată care se amestecă cu eroarea şi minciuna.

Scanned with CamScanner

Aprecierea stării lor mintale, îndeosebi cînd este vorba de o problemă medico-legală, este totdeauna laborioasă, necesitînd adeseori lungi interogatorii și o adevărată anchetă retrospectivă asupra întregii lor existențe... *

— Particularitatea evident patologică a persecutaților-persecutori este persistența într-o activitate nejustificată care de cele mai multe ori este marcată de o inumanitate totală, o ferocitate, un orgoliu și un egocentrism incomensurabil, precum și un refuz de a accepta toate discuțiile și toate evidențele ce sînt în contra lor, cît și o tendință particulară la scandal, la șantaj și la folosirea nerușinată a metodelor imorale...

Pentru acei care nu îi cunosc și nu au făcut o anchetă aprofundată, alegațiile lor calomnioase și orgolioase păstrează la o primă vedere aspectul de verosimil și astfel, prin siguranța și lăudăroșenia lor, aceștia înșeală un număr mare de persoane, ceea ce constituie adevărata lor periculozitate... **.

Exemplificativ, redăm varianta unui paranoicopat persecutat-persecutor, în vîrstă de 62 ani, pensionar. A schimbat în repetate rînduri locul de muncă, datorită situațiilor de conflict pe care le-a creat. Trăiește singur, fiind părăsit de soție, pe care o acuză de infidelitate. „Însetat de dreptate", în ultimul timp se află în conflict cu un colocatar împotriva căruia a dezlănțuit o susținută campanie publică, acuzîndu-l de toate necazurile ce le-a avut în ultimii 20 de ani, inclusiv pentru două procese de obținere ilegală a unor beneficii de la întreprinderea unde a fost salariat :

Oameni buni,

Judecați și dv. nenumăratele necazuri ce-mi fac pe sala comună „colectivul" coordonat de P. D. care deoarece am reușit să fie amendat și a plătit 800 lei, a jurat răzbunare, pîndindu-mă zi și noapte. Într-adevăr, la 21 IV 1972, orele 20, ascuns după ușa principală, întuneric ; îngrozit, nici nu știu cînd am fugit de lovitura ucigătoare ; o puternică lovitură în urma mea. Norocul m-a salvat de la moarte. Bineînțelees că m-am plîns celor în drept. Dar nimeni nu m-a întrebat nimic. Rezultatul : la 19 V 1972 se cere internarea mea la Socola, pentru că eu sînt cel periculos societății pentru că trimit plîngeri „dușmănoase" și nu P. D. Dar nu s-a anexat corpul delict. Realitatea este că nereușindu-se uciderea mea (cu ciomagul) se continuă realizarea exterminării

---

* F. L. Arnaud : *Etats morbides continus du caractère.* (Traité de pathol. mentale. Gilbert Ballet) ed. 1903.

** H. Baruk : *Traité de Psychiatrie,* Ed. Masson, 1929.

Scanned with CamScanner

mele, așa cum am fost amenințat în 1968. În ce privește încercarea de ucidere a mea la 21 IV a.c. pot dovedi!

Sînt deci vinovat fără vină.

Cele de mai sus, sînt în legătură cu necazuri ce sufăr de ani de zile și pe nedrept! *După prea numeroase necazuri, peste 20 ani terorizat pur și simplu, abia în 1968 am citit eu această grozavă și nedreaptă învinuire: mi s-a înscenat două procese penale-economice. Apărîndu-mă singur, curajos, puternic, am fost achitat de Tribunalul jud. Iași, deciziile 213 și 307/1968. Dar teroarea prin gura unui chip de om, m-a amenințat că totuși* el mă va trimite la închisoare să-mi rămînă oasele acolo. *Procuratura generală art. 44093/6843/1969, definitivează achitarea mea. Dar teroarea sporește: incendierea locuinței mele: bătut la sînge nu odată etc. La 26 I 1971, miliția mă prezintă comisiei medico-legale și în baza declarațiilor dușmanilor mei, mă declară fără discernămînt începînd cu anul 1964, adică cu 7 ani în urmă, și cere să fiu internat într-o unitate de cronici mintali, la prima manifestare conflictuală (ce s-a aranjat și produs la 21 IV 1972).*

Dar realitatea anulează declararea mea ca „nebun". Cu 7 ani în urmă am avut un serviciu de precizie: contabil principal, revizor, șef contabil și nimeni nu s-a plîns, ori a refuzat lucrările mele ca „nebun". Astfel faptele, *realitatea, anulează stabilirea mea ca „nebun" de comisia medico-legală, raport 44 din 29 I 1971.*

În 1969, m-am plîns Procuraturii generale contra gravelor învinuiri, act 1965 din 1968, atașat la dosarele 1552 și 3670/1968 judecătoria Iași, conținînd înscenarea economică penală. În 1969 Procuratura oraș cu nr. 613/C/1969, răspunde că „nu ați fost condamnat". Dar teroarea continuă. *Am cerut din 1971 și cer mereu, reexaminarea mea de o comisie medicală republicană. Dar nici un răspuns, ci la 21 IV a.c. s-a încercat uciderea mea. Iar dacă am scăpat, se urmărește internarea mea la ospiciu cronici mintali, realizîndu-se amenințarea exterminării mele.*

Declar că în adevăr m-am plîns împotriva teroarei, pretutindeni pînă și în Australia, dar în termeni respectuoși. În ultimul timp, am făcut apeluri disperate pe 1/4, 1/8 coală, la indigo, pe care le-am pus în cutii de scrisori, în multe orașe; am înmînat personal, în special turiștilor străini — vorbesc germana, franceza — am lăsat în trenuri, restaurante, am trimis prin poștă.

Mi s-a indicat drept soluție schimbul de locuință (dîndu-se astfel satisfacție teroarei). Declar că am obținut la 19 oct. acest schimb și aștept să mă mut în noua locuință, scăpînd cred — de teroare. Nu am avut, nu am conflicte decît *cu „colectivul" de pe sala comună. Nu am avut în societate și nu am nici o* comportare aberantă, *ca să justific măsuri psihiatrice. N-am suferit eu și rudele mele de sînge, de boli psihice, mintale. Quasi antialcoolic, nu tutun, nu cafea veritabilă etc.* Nu am nici o patimă, *om pașnic, dar grav încercat de teroare. Sînt pregătit și sufletește pentru*

Scanned with CamScanner

exterminare. Dar vai de toți ucigașii mei, glonțul, streangul, să le curme viața. Carnea și sîngele lor să le fie strînse din praful străzii — afurisenie și blestem lor și urmașilor lor! Cele ce am pătimit, nu mă umilesc: mă onorează!

Sindromul oligofrenopatic. Concomitent cu deficitul sentimentelor moral-sociale, în cadrul psihopatiilor se pot întîlni și deficite lacunare sau globale ale funcțiilor de cunoaștere în sensul reducerii capacității de abstractizare, la cel puțin 30% din cazuri (Wiliams, Delmont), particularitate clinică a psihopatiei denumită de Simon și Vermeylen „Debilitate mintală dizarmonică". În acest consens, este necesar să subliniem că, în contrast cu vioiciunea psihomotorie și operativitatea unor psihopați cu orientare rapidă în mediu, la un examen mai amănunțit se constată o insuficientă suplețe ideatorie și monotonie imaginativă într-o proporție de peste 50%.

Referitor la uzanța de a se descrie în cadrul psihopatiei ca forme clinice independente perversiunile sexuale și toxicomaniile, realitatea demonstrează că aceste manifestări morbide constituie doar unele din aspectele sale comportamentale aberante.

Diagnosticul de psihopatie implică în mod necesar precizarea simptomelor ei fundamentale pe baza unui studiu atent anamnestic, sindromatic și etiopatogenic.

Se exclude formularea diagnosticului de psihopatie pe baza unor elemente comportamentale singuratice, (îndeosebi în stadiul dezvoltării infantile), cît și modificările de atitudine determinate de condiții negative de mediu.

Diagnosticul diferențial al psihopatiei ca entitate psihiatrică impune, pe lîngă delimitarea tulburărilor de comportament provocate prin inducție socială negativă și eliminarea unor boli mintale sau suferințe encefalice ce pot determina tulburări de comportament ca simptomatologie de fațadă psihopatiformă sau psihopatoidă.

În toate cazurile de sindroame psihopatiforme sau psihopatoide, evoluția în timp duce fie la retrocedarea tulburărilor de comportament, fie la dezvoltarea deficitelor lezionale cu apariția stărilor psihotice sau demențiale.

Spre deosebire de psihopatia vera (constituțională sau nucleară), tulburările de comportament prin inducții negative de mediu pot beneficia de rezultate remarcabile cu ajutorul măsurilor educative cît mai precoce și mai adecvat aplicate, „Poemul pedagogic" al lui Makarenko fiind închinat de fapt copiilor sociopatizați în condiții grele de viață. Aceleași măsuri psihopedagogice bine conduse vor da, într-o oarecare măsură, rezultate favorabile și în cazul psihopatiei nucleare, ele constituind în fond modalitatea universală de modelare și corectare a personalității singuratice în ansamblul umanității.

De asemenea, terapia neuroleptică își diferențiază tot mai evident eficiența, atunci cînd este asociată cu acțiuni susținute de integrare socială.

Scanned with CamScanner

Hipofrenie marginală

Pentru delimitarea oligofreniei de sanogeneza mintală, se recurge la etalonarea psihometrică a inteligenței, definită behaviorist — de Torndyke și James, ca acea capacitate umană de adaptare la

Victor Brauner : „Pasivitate".

Cadrul nosologic al hipofreniei nu se raportează strict la patologia mintală, aceasta incluzînd totalitatea particularităților biologice, psihologice și sociale generatoare de risc adaptativ.

situații noi pentru care nu este suficientă numai aptitudinea de a gîndi.

După cum se știe, pe lîngă delimitarea unei inteligențe concrete, abstracte și sociale (Torndyke), există numeroase alte clasificări : analitică, critică, creativă, transformativă, imitativă, logică, descriptivă, empirică, explicativă, subiectivă, obiectivă etc. De asemenea, prin analiză factorială, Thurstone, Spearman, Holzinger și Hartman au pus în evidență factori specifici, factori de grup și un așa-zis factor general al inteligenței. Complexitatea și dificultatea definirii inteligenței de o manieră satisfăcătoare pentru toate curentele din psihologie, l-a determinat pe J. Piaget să încorporeze noțiunea de inteligență într-un concept holistic, care se referă la

Scanned with CamScanner

totalitatea psihismului, fără a se epuiza însă discuțiile asupra procesualității mintale ca particularitate adaptativă umană.

Referindu-ne la etalonarea coeficientului de inteligență și a cîtului mintal, găsim interesant de a reda coeficientul etalonării inteligenței după testul lui Hamburg-Wechsler (Q. I.), comparativ cu cîtul dezvoltării mintale după Buhler-Netzer (Q. D.) *.

QI/QD	Estimare
peste 140/1,40	Inteligență excepțională, foarte înalt stadiu de dezvoltare psihică.
136—140/1,36—1,40	Inteligență superioară la foarte înaltă, înalt la foarte înalt stadiu de dezvoltare psihică.
121—135/1,21—1,35	Inteligență superioară, înalt stadiu de dezvoltare psihică.
116—120/1,16—1,20	Inteligență medie la superioară, stadiu de dezvoltare psihică de la mijlociu la superior.
103—115/1,03—1,15	Inteligență medie, stadiu de dezvoltare psihică mediu.
89—102/0,89—1,02	Inteligență mijlocie la inferioară, stadiu de dezvoltare psihică mediu la inferior.
86— 97/0,86—0,97	Inteligență inferioară, stadiu de dezvoltare psihică inferior.
81— 85/0,81—0,85	Inteligență inferioară la ușoară debilitate mintală, stadiu de dezvoltare psihică inferior la stadiu de dezvoltare corespunzător unei ușoare debilități mintale în sens larg.
61— 80/0,61—0,80	Ușoară debilitate mintală, stadiu de dezvoltare psihică corespunzător unei ușoare debilități mintale în sens larg.
56— 60/0,56—0,60	Debilitate mintală ușoară la medie, stadiu de dezvoltare psihică corespunzător unei debilități mintale ușoare la medie în sens larg.
36— 55/0,36—0,55	Debilitate mintală medie, stadiu de dezvoltare psihică corespunzînd unei debilități mintale mijlocii în sens larg.
31— 35/0,31—0,35	Debilitate mintală medie la gravă, stadiu de dezvoltare psihică corespunzînd unei debilități mintale mijlocii la gravă în sens larg.
0— 30/0,00—0,30	Debilitate mintală gravă, stadiu de dezvoltare psihică corespunzînd unei debilități mintale grave în sens larg.

* Pentru detalii : M. Șelaru, în *Adolescență și adaptare* (op. cit.).

Scanned with CamScanner

„Asociația Psihiatrilor Americani" diferențiază *deficiența mintală* în trei grupe în raport de valoarea testabilă prin Q.I. : ușoară = 70—85 ; moderată = 50—70 ; severă = sub 50. La rîndul său, Organizația Mondială a Sănătății folosește noțiunea de înapoiere mintală pe care o clasifică în felul următor, în raport de valorile Q.I. : ușoară = 50—70 ; mijlocie = 35—49 ; gravă = 20—34 ; profundă = sub 20.

Cu toate eforturile de cuantificare a coeficientului de inteligență, psihologia și psihiatria clinică întîlnesc totuși dificultăți de clasificare ale acelor demodulări mintale care se plasează în zona incertă cuprinsă între limitele debilității mintale și sanogeneza mintală.

*

Zona incertă dintre oligofrenie și sanogeneza mintală, denumită între alții de Wechsler a „normalului slab", de Baton a „deficientului mintal", de Mariana Roșca a „pseudo-debilului mintal", sau cu un termen generic a „deficientului marginal" sau a „intelectului de limită", noi o delimităm ca o categorie distinctă sub denumirea de hipofrenie.

Conținutul cadrului nosologic al hipofreniei derivă din interferențele marginale ale deficiențelor bio-psiho-sociale în edificarea personalității infantilo-juvenile, concretizată prin demodulări ideo-afective, volitive și de conduită care determină o insuficientă capacitate de adaptare și integrare față de exigențele mediului social.

Frecvența cazurilor la limită cu oligofrenia (respectiv Q. I. 70—90) în cuprinsul populației de vîrstă școlară ar reprezenta după Wechsler (testul W.I.S.C.) un coeficient de 6,7%, iar „normalul slab" o proporție de 16,1%. După P. Baton, „deficienții mintali" ar fi de cca 8% la vîrsta de 10—11 ani, iar cazurile îndoielnice ar reprezenta la aceeași vîrstă, cca 6,7%.

Frecvența cazurilor „marginale" în cuprinsul populației școlare crește după vîrsta de 10 ani, deoarece, așa cum remarcă Mariana Roșca, în această etapă adaptativă a preadolescenței se produce cu mai multă ușurință o „prăbușire" a activității psihice determinată de conflicte afective și dificultățile mereu crescînde în legătură cu asimiliarea cunoștințelor școlare".

După constatările noastre, incidența stărilor hipofrenice se „revelează" cu maximum de frecvență la vîrsta de 14—15 ani, respectiv în cursul clasei a IX-a, stația terminus a primului ciclu de pregătire școlară, care deschide în același timp perspectiva unui nou ciclu de instruire, abordabilă pe baza unei performanțe competitive eliminatorii.

Corespunzător punctului nostru de vedere, cadrul nosologic al hipofreniei nu se raportează strict la patologia mintală, aceasta in-

Scanned with CamScanner

cluzînd totalitatea particularităților biologice, psihologice și sociale generatoare de risc adaptativ, particularități care pe plan cognitiv interferează și zona incertă dintre oligofrenie și integritatea mintală.

Realitatea cadrului nosologic al hipofreniei ca expresie a interferenței marginale a deficiențelor bio-psiho-sociale generatoare de risc adaptativ a personalității infantilo-juvenile, se reflectă în diversitatea diagnosticelor vizînd „deficitul marginal". Drept urmare, noi optăm ca diversele psihodiagnostice care vizează simptome marginale ideo-afective, volitive sau de conduită, să fie incluse ca cea de a doua parte (explicativă) a diagnosticului enunțiativ de hipofrenie :

> Hipofrenie cu... *întîrziere în dezvoltarea psihică (temporară sau subculturală); intelect lacunar; intelect inegal dezvoltat; imaturitate afectivă; instabilitate psiho-motorie; emotivitate inhibabilă, cu tulburări pasagere de comportament; handicap școlar etc.*

Întrucît noțiunea de hipofrenie vizează cu prioritate evoluția formativă a personalității infantilo-juvenile, se deduce și necesitatea găsirii unor posibilități diagnostice cît mai eficiente.

Deși, în elaborarea psihodiagnosticului de hipofrenie, dezvoltarea și maturizarea psihică o apreciem prin intermediul unei investigații psihologice complexe (teste de atenție, memorie, vocabular, gîndire abstractă, învățare și analogie, coroborate cu un chestionar (școlar, familial, social) cu 5 categorii de explorări factoriale, fiecare cuprinzînd zece problematici (ce totalizează 49 întrebări), optăm totuși pentru o exprimare globală a personalității în dinamica complexă și totodată unitară a componentelor sale.

Investigarea prospectivă (efectuată în cadrul serviciului psihosocial din Iași pe un lot de 5 000 preadolescenți) a relevat — în primul rînd — cauze predominant biogene și cauze predominant sociogene, în cadrul cărora se desprind cu precădere următorii factori demodulanți ai personalității infantilo-juvenile :

— abuzul de autoritate familială, care creează reacții de protest, opoziții, indiferență, fugi ;

— carențe afective, prin lipsă de confort emoțional ;

— condiții nepotrivite de climat familial, cînd părinții devin patogeni față de armonioasa dezvoltare a personalității infantilo-juvenile ;

— „didactogenia" indusă în mediul școlar prin frica de sancțiune și lipsa de emulație ;

— labilitatea emoțională sau exaltarea afirmării de sine și situații conflictuale cu circuit închis, generate prin atitudinea dogmatică, predicatoare a educatorilor ;

Scanned with CamScanner

— manifestări critice morbide, generate de complexe anxiogene, frustrări, situații „stressante", induse prin relații interpersonale sau de grup.

Corecția trăsăturilor hipofrenice presupun pe lîngă echilibrarea raporturilor afective ale subiectului cu familia și școala, prin intermediul psihoterapiei deferențiate, și instituirea „ortopedagogiei" compensatorii a deficitelor fiecărui copil în parte, eventual prin intermediul unor clase paralele, linia directoare constituind-o diferențierea abstractului prin prelucrarea inteligibilă a noțiunilor concrete și satisfacția emulativă a obligațiilor îndeplinite.

Plasarea situațională în mediu și modularea adaptativă a comportamentului reflectă nivelul de conștiință a unei persoane la un moment dat, afectivitatea și motivația subiectivă avînd un rol direcțional predominant. În hipofrenie, demodulările adaptative se transpun de regulă în conduite deviate, ca expresie a nivelului mai scăzut de conștiință față de vîrsta și experiența subiectului, riscul fixării comportamentale crescînd îndeosebi cînd „acțiunile" instructive și educative ale mediului formator nu corespund posibilităților și motivațiilor sale.

Noile aspecte ecologice determinate de schimbarea profundă și rapidă a relațiilor individuale și de grup prin integrarea masivă a populației valide în activitatea productivă ; migrația și navetismul ; folosirea extensivă a bugetului de timp în afara familiei și în consecință slăbirea supravegherii copiilor și adolescenților ; exigența mai înaltă în pregătirea școlar-profesională și caracterul ei tot mai competitiv, constituie, în mod firesc, noi factori care necesită a fi luați în studiu spre evitarea riscului de eșec adaptativ, prin configurarea indelebilă a trăsăturilor hipofrenice în structura personalității infantilo-juvenile.

Hipofrenii constituie o problemă socială, în măsura în care nu sînt înțeleși și apreciați corespunzător realității, și ajutați totodată psihopedagogic de a se dezvolta și integra socio-profesional, pe măsura posibilităților fiecăruia dintre ei. De multe ori, presați de conflictualitatea familială și propriile lor conflicte interne, de neînțelegerea sau insuficiența educatorilor și exigențele grupului pe care îl resimt ca ostil, ei își caută noi valențe compensatorii anonime, lezîndu-și membrana etică prin care orice ființă conștientă filtrează și stabilește relații armonioase și utile totodată.

Hipofrenul nu presupune, în general vorbind, instituții specializate pentru ajutorare, cu excepția particularităților patologice propriu-zise. Realitatea sugerează cercetări și acțiuni sociale, în scopul de a crea și aplica pentru ei modele de muncă mai adecvate, în cadrul general al acțiunilor de îmbunătățire a condițiilor de educare, pregătire și integrare socio-profesională a copiilor și tinerilor cu risc de eșec adaptativ.

Scanned with CamScanner

Oligofrenie graduală

Clinica pedopsihiatrică este dominată de potențialitatea defectivităților encefalice eredo-congenitale sau cîștigate în prima copilărie, care determină oprirea, regresiunea, sau perturbarea dezvol-

Tade Makovsky : „Copii cu lanterne japoneze".

tării mintale (oligofrenii, demențe, psihopatii, nevroze, epilepsii), defectivității dintre care pe prim plan se situează oligofreniile, atît ca frecvență cît și prin implicațiile sociale pe care le comportă.

Din punct de vedere etiopatogenic, noțiunea de oligofrenie se referă la nedezvoltarea sau la oprirea în dezvoltare a funcțiilor de cunoaștere, ca urmare a unor suferințe cerebrale provocate prin cauze eredo-congenitale sau apărute în cursul primei copilării. Deși tipologia clinică se întinde pe un evantai larg, începînd de la debilitate și pînă la idioție, în ceea ce privește nivelul mintal, oligofrenia are ca numitor comun dificultatea de abstractizare a noțiunilor și de previziune a fenomenelor, chiar și atunci cînd handicapatul posedă facilitatea limbajului uzual sau o deosebită agilitate motorie.

Luînd în considerare că oligofreniile afectează pe plan mondial aproximativ 5%—8% din totalul populației, trăim pe deplin semnificația eforturilor în vederea descoperirii și corectării cauzelor care generează tristele aspecte pe care le oferă lumea „fericiților

Scanned with CamScanner

săraci cu duhul". Pe drept cuvînt se poate spune că descoperirea cauzelor şi posibilităţilor de prevenire a dezvoltării unor oligofrenii ereditare a deschis perspectiva determinismului medicinii viitorului (care vizează nu numai cunoaşterea cauzelor biologice ale bolilor psihice, ci însăşi corectarea defectelor de matriţare genetică).

Oligofreniile se delimitează, faţă de cadrul holistic al encefalopatiilor, în sensul că nu toţi encefalopaţii vor deveni în mod obligator oligofreni, deşi orice oligofrenie implică o defectivitate cerebrală, congenitală sau cîştigată, primară sau secundară.

Totodată, oligofreniile se delimitează faţă de demenţe prin faptul că oligofreniile constituie expresia *insuficienţei* (sau inexistenţei) dezvoltării funcţiilor psihice, în timp ce demenţele constituie expresia *regresiunii* funcţiilor psihice deja elaborate. Întrucît ambele defectivităţi au un caracter ireversibil după constituirea lor, diferenţierea etiopatogenică devine adeseori dificilă atunci cînd procesualitatea morbidă se produce încă în cursul primei copilării.

De asemenea, oligofrenul se delimitează faţă de o persoană normal dezvoltată psihic însă neinstruită, prin faptul că nu are posibilitatea să depăşească un anumit plafon al gîndirii concrete, chiar dacă se află în condiţii optime de mediu formativ; spre deosebire de neinstruitul care, ajuns tardiv în condiţii adecvate de informare, poate să-şi însuşească perspectivele ce le oferă valenţele gîndirii abstracte.

Reţinînd polimorfismul cauzelor endo-exogene generatoare de oligofrenie, se poate afirma că orice suferinţă cerebrală directă sau indirectă, de natură genetică sau survenită în cursul dezvoltării embrio-fetale, perinatale sau a primei copilării, poate constitui un factor cauzal. De asemenea, este stabilit că acelaşi agent patogen are repercusiuni calitativ diferite asupra dezvoltării psihice, în funcţie de stadiul de maturizare cerebrală, cunoscîndu-se că cele mai fragile structuri sînt acelea care se află într-o perioadă de maximă diferenţiere.

Formele clinice ale oligofreniei se diferenţiază calitativ, prin nivelul deficitului intelectiv, în oligofrenii de gradul I (debilitate mintală), gradul II (imbecilitate) şi gradul III (idioţie).

Diferenţierea oligofreniei de gradul I nu se poate realiza, cu o exigenţă ireproşabilă, pînă în stadiul vîrstei şcolare. Pînă la vîrsta de 5—7 ani se pot diferenţia cu certitudine formele severe de oligofrenie (imbecilitate şi idioţie), remarcabile încă din prima copilărie.

Debilitatea mintală se caracterizează prin incapacitate relativă de adaptare la complexitatea mediului social, datorită limitării proceselor de gîndire la acţiunile concrete ale primului sistem de semnalizare, care conferă, la vîrsta adultă, posibilitatea unei autoconducţii satisfăcătoare pentru asigurarea unei existenţe independente, în condiţii simple de viaţă.

Scanned with CamScanner

După criteriul psihometric al inteligenței, elaborat de Binet și Simon, se definește ca debilă mintală persoana care nu depășește vîrsta cronologică de 10 ani și a cărei cît mintal este cuprins, după testele Terman-Merill, între 50—70.

După criteriul școlar, corespunzător scării psihometrice stabilită de Binet-Simon, se consideră debilă mintală persoana care, în afara unor carențe educative, este incapabilă de a-și însuși instrucția școlară corespunzătoare copiilor de aceeași vîrstă, cu o toleranță de 2 ani dacă nu a împlinit vîrsta cronologică de 9 ani, și de 3 ani dacă depășește vîrsta de 9 ani.

După opinia noastră, etalonările psihometrice — indiscutabil utile pentru stabilirea nivelului vîrstei mintale — atunci cînd sînt aplicate exigent de un psiholog experimentat, se integrează în criteriul global privind adaptarea armonioasă la condițiile de mediu. Astfel, de pildă, o persoană este mai puțin oligofrenă, chiar dacă nu realizează performanțe instructive, însă se adaptează la condițiile vieții sociale, comparativ cu un calculator fenomenal lipsit de capacitatea de a-și asigura prin propriile posibilități integrarea utilă în mediu.

Psihiatrii sînt unanimi în a sublinia sărăcia afectivă în debilitatea mintală, deficitul ideo-afectiv facilitînd apariția bufeelor psihogene, nevrotice, psihopatice sau psihotice, atît la copil cît și la adult. Cînd debilul mintal nu are tulburări manifeste instinctiv-emoționale, păstrează un comportament benign, adaptîndu-se satisfăcător la condiții simple și stabile de viață. Atunci cînd tulburările de comportament devin predominante datorită hipogeneziei sau ageneziei sentimentelor moral-sociale, debilitatea mintală complică personalitatea dizarmonică psihopatică, predominată de malignitate socială. *(Debilitatea mintală dizarmonică* — Simon și Vermeylen, pe care noi o denumim Oligofrenopatie — vezi cap. Psihopatii). De asemenea, trebuie reținut că, datorită imaturității corticale, debilii mintali sînt deosebit de sensibili la intoxicația alcoolică sau cu alte droguri, ce le accentuează eretismul psihomotor, sugestibilitatea și infracționismul.

Întîrzierea mintală (arieraţia mintală) se diferențiază în pedopsihiatrie ca o categorie calitativ diferită față de debilitatea mintală propriu-zisă, deoarece este susceptibilă de ameliorare prin metode pedagogice adecvate.

Întîrzierea mintală poate fi consecința unor deficite senzoriale (hipoacuzia, ambliopia), gnozeo-praxice de tip afazic, a unor suferințe somatice, cît și a carențelor afective sau educative ce inhibă pulsionarea de a învăța deprinderile utile. Este bine cunoscută situația copiilor mici plasați în cămine sau spitale, privați de afecțiunea maternă timp mai îndelungat, care întîrzie a zîmbi și apoi să vorbească. Aceeași situație de retardare se poate produce, de asemenea, prin condiții de nesiguranță și lipsă de protecție familială sau prin exces protectiv.

Scanned with CamScanner

Întîrzierea mintală se evidențiază în perioada 5—7 ani prin persistența limbajului și comportamentului caracteristic copilului mic, încetinirea elaborării reflexelor condiționate necesare diferitelor modalități de învățare și persistența unor elemente de paratonie, scăderea randamentului școlar remarcîndu-se în primul rînd prin dificultate coordonatoare atentivo-mnestică.

Importanța medico-pedagogică a depistării precoce a întîrzierii mintale și a îndepărtării cauzelor ei constă în faptul că, netratată la timp, orice întîrziere mintală se va configura în timp ca debilitate mintală propriu-zisă, adică ireductibilă.

Imbecilitatea (oligofrenia gr. II), se caracterizează prin limitarea capacității de elaborare a reflexelor condiționate pînă la nivelul unor stereotipuri dinamice elementare, suficiente doar pentru însușirea unei activități menajere simple, continuu supravegheate.

După criteriul psihometric Binet-Simon, este imbecilă persoana a cărei vîrstă mintală se situează între 3—7 ani, cîtul ei intelectual fiind cuprins, după Terman-Merill, între 20—50. Limbajul imbecilului este insuficient dezvoltat, limitat strict la gîndirea afectiv-concretă prelogică, cu sintaxa simplificată și frecvente perturbări dislalice ; dacă poate ajunge să citească mnemonic, nu are capacitatea reprezentării noțiunilor folosite și este incapabil de a-și însuși scrisul ; în cazul cînd ajunge, prin dresaj, să folosească scrisul, este incapabil de a-și formula propriile sale gînduri, oricît de simple ar fi ele.

Datorită facilității mnemonice de tip cibernetic care, în cazuri excepționale, poate fi fenomenală, imbecilul ajunge prin dresaj să folosească corect moneda pentru cumpărături, fără a-i cunoaște însă valoarea propriu-zisă, ca de exemplu : „Asta (o bancnotă de 10 lei) și cu ăștia (două monede de un leu) fac „un litru de ulei“ etc.

Debilitatea motorie este întotdeauna prezentă în imbecilitate, iar dismorfismele nu constituie o raritate.

Imbecilul este receptiv la atitudinea afectuoasă și la aprecierea muncii pe care o îndeplinește, după cum poate fi instabil și cu reacții colerice distructive. Nu rareori imbecilii — ca toți oligofrenii în general — prezintă bufee psihotice cu agitație confuzională declanșate reactiv de factori emoționali. Astfel, de exemplu, un imbecil, în vîrstă de 15 ani, face o puternică și prelungită perioadă de agitație confuziv — halucinatorie, declanșată de povestirea absurdă a părinților despre niște criminali care ar sacrifica copii spre a-i vinde la măcelărie, povestire pe care și-a însușit-o corespunzător gîndirii sale prelogice.

Idioția (oligofrenia gr. III) exprimă o gravă defectivitate morfofuncțională cerebrală, obiectivă prin incapacitatea elaborării reflexelor condiționate necesare unei autoconducții elementare pentru conservarea biologică, supravețuirea idiotului fiind imposibilă fără asistența caritabilă a semenilor.

Scanned with CamScanner

Idioția se însoțește, adeseori, de leziuni cerebrale grosolane (hemiplegii, paraplegii, sindroame extrapiramidale) sau dismorfisme somato-viscerale, situație care confirmă, de regulă, o etiologie embriopatică.

Prin uzanță clinică, în cadrul idioției sînt incluse pe lîngă formele psihoprive propriu-zise și forme mai ușoare de oligofrenie, datorită existenței unor disfuncții metabolice sau ale unor dismorfisme care le delimitează clinic în mod particular (idioție mongoloidă, mixedematoasă, fenilpiruvică, macro- sau micro-cefalică etc.).

Oligofrenii enzimoprive

După depistarea de către Fölling, în 1934, a prezenței acidului fenilpiruvic în urina unor copii afectați de o formă particulară de idioție ereditară și îndeosebi în urma rezultatelor terapeutice obținute prin dietă adecvată, s-a deschis perspectiva unor ample studii asupra dismetabolismelor enzimoprive, generatoare de oligofrenii.

Carența biochimică în disgeneziile enzimoprive constă în blocarea lanțului metabolic, cu acumularea consecutivă de metaboliți care acționează ca factori de intoxicație și distrucție a neuronilor cerebrali. Efectele nocive se manifestă precoce prin deficit de maturare senzorio-motorie și întîrziere pînă la anularea dezvoltării funcțiilor psihice.

În prezent, este bine stabilit că oligofrenia fenilpiruvică este determinată de vicierea metabolismului proteinic cu blocarea transformării fenilalaninei în tirozină, datorită lipsei ereditare a enzimei fenilalanin — NADP — transhidrogenazei, lipsă care determină acumularea fenilalaninei cu acțiune neurotoxică.

Tratamentul constă (pînă în prezent) în excluderea fenilalaninei din alimentație, proteinele integrale înlocuindu-se prin lizate foarte sărace în fenilalanină, grăsimi și hidrocarbonate. Rezultatul terapeutic este cu atît mai bun cu cît este mai precoce instituit, spre a deveni inutil după cinci ani, cînd se termină maturizarea fundamentală cerebrală. Același fenomen de blocaj enzimopriv cu efecte autotoxice distructive asupra sistemului nervos central se produce și în cazul galactozemiei (idioție care se însoțește de cataractă și ciroză hepatică), tratamentul constînd într-o dietă galactozoprivă constituită din ouă, cereale, zahăr și margarină vegetală (dieta Morel-Stranski). În aceeași categorie de oligofrenii enzimoprive se mai includ și boala Hartnup (triptofan), boala urinei cu miros de hamei (protide), cu mirosul siropului de arțar (leucine) etc.

Tratamentul dismetabolismelor enzimoprive neurotoxice, deși este încă greoi și insuficient elaborat, poate totuși preîntîmpina constituirea leziunilor cerebrale ireversibile, prefigurînd astfel profilaxia secundară a unor boli mintale deosebit de severe, prin corectarea unor dismetabolisme genetice.

Scanned with CamScanner

Oligofrenii dislipoidozice

Afecțiuni dismetabolice congenitale, familiale, recesive, caracterizate prin aglomerarea sfingomielinei, ca în cazul idioției amaurotice (Tay-Sachs) și a „gargolismului" (polidistrofia Hunter și Hurler), considerată în ultimul timp rezultatul unui dismetabolism glucidic, boala Gaucher, boala Spielmayer etc.

Oligofrenii discromozomiale

În 1866, John Langdon Down a descris o formă particulară de oligofrenie sub denumirea de „idioție mongoloidă", datorită aspectului produs de o fantă palpebrală oblică și îngustă, cu epicantus (rudimentul celei de a treia pleoape). Acest aspect somatic abnorm la populația europeană, s-ar întîlni cam la 1‰ din noii născuți, dintre care doar la un număr limitat s-ar constata și un deficit mintal.

În patogeneza sindromului Down s-a remarcat o corelație cu vîrsta mamei, riscul crescînd de la cca 5‰, cînd vîrsta parturientei primipare este pînă la 30 de ani, spre a ajunge la 1 din 50 copii cînd vîrsta mamei depășește 40 de ani.

Odată cu dezvoltarea studiilor de genetică, Lejeune, Turpin și Gautier descoperă, în 1959, la oligofrenii afectați de sindromul Down, o trisomie autosomală la perechea 21-a de cromozomi, (adică 47 cromozomi în loc de 46 cît conține formula speciei umane).

Trisomia se dezvoltă în toate celulele somatice, cu excepția „mozaicurilor mongol-normal", în care există un amestec de celule normale cu trisomie 21.

În afara trisomiei 21 din boala Down, s-au mai descris trisomii și la alte perechi de cromozomi autosomali, ca de exemplu trisomia perechii 13, 14, 15, 17, 18 la persoane afectate de malformații înnăscute ale craniului și viscerelor, însoțite de regulă și de deficite mintale.

Pe lîngă trisomiile autosomale s-au identificat și anomalii ale cromozomilor sexuali la bărbați, ca în cazul sindromului Klinefelter. Persoanele respective au un biotip leptosom (longilin) cu eunucoidism (testicule insuficient dezvoltate și azoospermie), care se însoțește adeseori și de o defectivitate psihică cu un comportament aberant, predominant sexual.

Situația unor defectivități psihice se pare că s-ar întîlni, într-o oarecare măsură și în cazul sindromului Turner la femei, unde unul din cromozomii sexuali este lipsă.

Deficitul mintal și tulburările somatice care însoțesc discromatozele ar fi determinate, după Turpin și Lejeune, de un „supradozaj genetic și în consecință și enzimatic, care determină tulburări metabolice". Acest punct de vedere apare plauzibil, cunoscîndu-se că structura cromozomilor este constituită din acizi ribonucleici (ARN) și histone — respectiv substanțe cu încărcătură

Scanned with CamScanner

energetică, schimbarea structurii fiecărui nucleu celular în parte determinînd în mod necesar modificări și în dinamica moleculară a întregului organism.

Oligofrenii discrinice

Idioția mixedematoasă. Greutatea depășește talia ; hipotermie, hipotonie, apatie ; tegumentele îngroșate, de culoare chihlimbarie ; țesutul adipos infiltrat, facies de „lună plină" ; nasul aplatizat, limba hipertrofică, vocea groasă, abdomen voluminos „batracian", cu hernie ombilicală ; osificare întîrziată cu deformări la nivelul coloanei vertebrale. Dezvoltarea psihomotorie foarte lentă și insuficientă.

Tratamentul tiroidian influențează relativ favorabil dezvoltarea somatică și mai puțin cea psihică.

Sindromul adiposo-genital familial (Lawrence-Moon-Biedl) cu diverse dismorfisme (poli- și sin-dactilii, atrezie anală, surditate, retinită pigmentară etc.) și oligofrenie de gravitate variabilă.

Oligofrenii facomatozice

Encefalodistrofii de natură eredo-familială cu dismorfisme ale țesuturilor de origină ectodermică și deficit psihic *(neuroectodermoze).*

Scleroza tuberoasă (descrisă de Bourneville și Pringle) constituie o disgenezie familială psihoprivă, particularizată prin tumorete cutanate care apar la vîrsta de 4—5 ani în regiunea feței (nas, frunte, pliuri faciale sau periungheal). Aceleași tumorete se întîlnesc frecvent la examenul fundului de ochi grupate în jurul papilei optice, eventual placarde de atrofie corioretiniană (Van der Hoeve), tumorete care se pot întîlni la necropsie și în țesutul din jurul rinichilor.

Radiografia craniană relevă intra-vitam calcificări cerebrale, care justifică și frecvența stărilor convulsive în aceste cazuri.

Neurofibromatoza Recklinghausen se identifică prin prezența petelor pigmentare și a tumoretelor cutanate de mărime variabilă în teritoriul nervului trigemen — sau în lungul altor nervi și deficite psihice variabile.

Sindromul Marinescu și Garland (sindrom cerebelos, cataractă și debilitate mintală), descris pentru prima oară de Gh. Marinescu, în 1931, ridică multe necunoscute în ceea ce privește patogeneza.

Angiomatozele cerebrale — encefalo-trigeminală — Sturge-Weber-Krabbe (angiom facial, glaucom și crize epileptice) ; retinocerebeloasă — von Hippel-Lindau (angiomatoză retiniană și cerebelo-ventriculară) etc. ; se însoțesc frecvent, ca și neurofibromatoza Recklinghausen, de crize epileptice, gravitatea deficitului psihic fiind de asemenea variabil.

Scanned with CamScanner

Oligofrenii encefalodismorfice

Spre deosebire de oligofreniile de limită superioară, în cazurile de idioție există frecvente aberații morfologice ale creierului (macro- și micro-girii, absența, atrofia sau hipertrofia simetrică sau asimetrică a unor porțiuni encefalice etc.). Greutatea encefalului la idioții ajunși la vîrstă adultă este de regulă sub media antropologică (normal cca 1 200—1 500 g la bărbați și de cca 950—1 100 g la femei). Diferențele ponderale sînt mai evidente, cînd se compară greutatea fiecărui hemisfer luat în parte (ecartajul ajungînd și depășind chiar 30—40 g).

Datorită insuficienței cunoștințelor actuale asupra patogenezei oligofreniilor înnăscute, în anumite situații mai sîntem încă nevoiți să diferențiem anumite aspecte clinice prin predominanța unor dismorfisme cranio-encefalice, ca de exemplu anencefalii, macro- sau micro-cefalii etc.

Anencefaliile, monstruozități incompatibile cu viața.

Macrocefaliile, determinate de hipertrofie conjunctivă (rar întîlnite), în care greutatea creierului poate ajunge pînă la 1 600 grame.

Hidrocefaliile (diametrul cutiei craniene poate ajunge pînă la 70 cm) datorită dilatării ventriculilor cerebrali prin acumularea progresivă a lichidului cefalorahidian, care laminează ireductibil scoarța cerebrală și chiasma optică. Moartea se produce prin compresia nucleilor subcorticali.

Microcefaliile, cu oligofrenie de grade diferite. Greutatea creierului este totdeauna sub media antropologică, ajungînd în unele situații doar pînă la 300 g. Miniaturismul cutiei craniene (care se dezvoltă în raport cu volumul creierului) contrastează vizibil cu dezvoltarea normală a masivului facial.

Acești oligofreni, de regulă bine dispuși, pot prezenta uneori o reactivitate motorie deosebit de promptă, care amintește comportamentul simian.

Oxicefalia și acrocefalia (după cum fruntea este împinsă înainte sau înapoi), craniul avînd în general o conformație „țuguiată", constituie particularități de conformație din grupul microcefaliilor în care se cuprind și cazurile Little cu afectare cerebrală.

În raport de conformația craniană *, în oligofrenii se mai poate vorbi și de „plagiocefalii" (craniu asimetric ovalar cu oblicitatea diametrului antero-posterior), *scafocefalii* (predominența axului antero-posterior), *trigonocefalii* (cu proeminența marcată a bosei frontale), *platicefalii* (craniu cu vertexul aplatizat), *naticefalii* (craniu cu aspect de fese prin depresiune anteroposterioară) etc.

---

* Particularitățile antropologice de conformație craniană nu se însoțesc, în mod obligatoriu, de oligofrenie.

Scanned with CamScanner

Existența unei „creste" la nivelul suturii sagitale, plierea „cerebroidă" a tegumentelor craniene, împreună cu dismorfismele urechilor, ale degetelor, sau ale viscerelor, completează uneori habitusul somatic oligofrenic.

Dismorfismele indică intervenția unor factori disgenetici fie ereditari, fie în faza dezvoltării embrionare, ca în cazul embriopatiei rubeolice, toxoplasmozice etc. În cazul unor oligofrenii secundare proceselor encefalopatice de natură infecțioasă, toxică sau traumatică, survenite în prima copilărie, nu se întîlnesc semne dismorfice, cu excepția unei discutabile dezvoltări disproporționate a buzelor și urechilor în cazul unor meningo-encefalite bazilare.

*

Trecerea în revistă a diverselor forme clinice de oligofrenie are ca scop să atragă atenția asupra necunoscutelor și variabilității lor patogenice, subiect ce constituie încă un vast cîmp de studiu, în vederea elaborării celor mai eficiente metode profilactice și curative.

În lipsa unui tratament patogenetic, se corectează eventualele dezechilibre de nutriție, metabolice sau endocrine, în scopul favorizării troficității encefalice, și se asanează cauzele cu efect negativ asupra dezvoltării în general (hipertrofii adenoide, focare de infecție, parazitoze etc.).

Pe de altă parte, educarea psihomotorie perseverentă poate da rezultate satisfăcătoare. Astfel, la grupa de vîrstă 0—5 ani, este posibilă obținerea de reflexe condiționate utile chiar și în cazul unor oligofrenii severe (idioții). Rezultatele educării psihomotorii sînt cu atît mai favorabile în formele mai puțin grave de oligofrenie, atunci cînd se folosesc metode psihopedagogice, de preferință în condițiile mediului familial.

Venim cu această ultimă precizare, deoarece unele familii pleacă de la ideea că, într-o instituție anume destinată, copilul handicapat mintal va beneficia de o îngrijire recuperatorie mai eficientă, pierzînd însă din vedere efectul deosebit de negativ care poate să se exercite atunci cînd este segregat de intimitatea afectivă a căminului său protector. Desigur că altfel se pune problema copilului oligofren de vîrstă școlară care poate beneficia de o instruire *defectologică* în cadrul școlilor ajutătoare sau speciale, și cu atît mai mult în cazul oligofrenului mijlociu sau de limită superioară cu tulburări de comportament, care necesită o metodologie pedagogică imposibil de aplicat în afara unor instituții cu profil protejat.

BIBLIOTECA CENTRALĂ MEDICINA

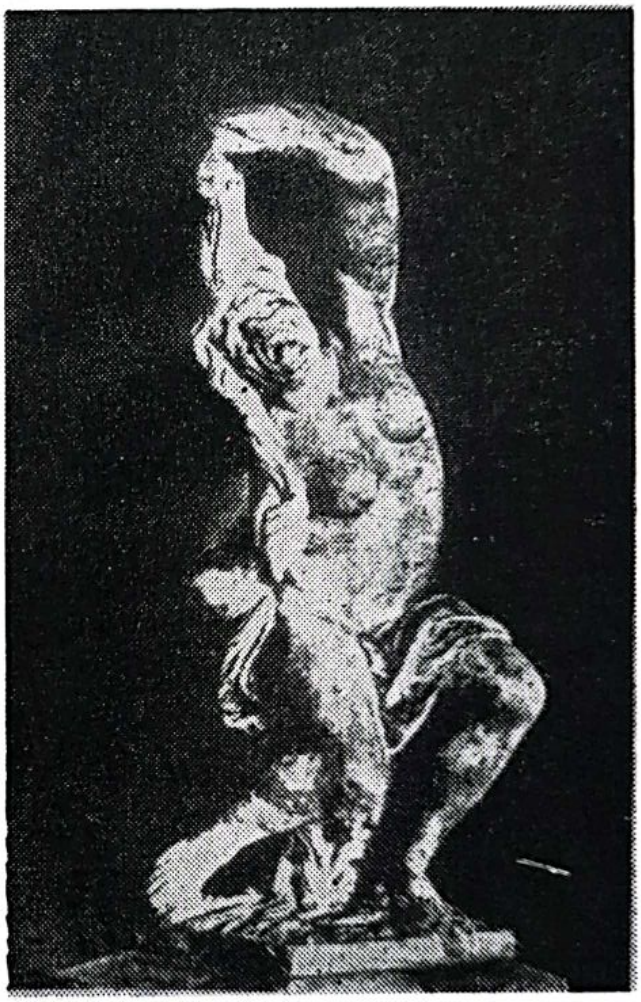
Scanned with CamScanner

Procesualitatea psihotică și particularități nosologice

Psihozele constituie un grup heterogen de boli și sindroame psihice cu simptomatologie, etiopatogenie și evoluție diferită, care apar de regulă în contrast cu un fond premorbid satisfăcător, caracterizîndu-se fundamental prin demodularea manifestă a reactivității ideo-afective, a comportamentului și discernămîntului.

Din punct de vedere etiopatogenic, psihozele se diferențiază în predominant endogene și predominant exogene.

Psihozele predominant endogene au ca substrat patogenic modificări funcționale ale nutriției encefalice (encefalodistrofii metabolice) care, în anumite situații, se „decompensează", determinînd apariția clinică a unor stări mintale patologice, fără a exclude însă posibilitatea unor remisiuni spontane. În acest sens este remarcabil faptul că psihoze predominant endogene, ca psihoza maniaco-depresivă sau schizofrenia, nu se însoțesc de o involuție demențială, remisiunea putînd surveni spontan și după decenii de la apariția bolii.



„Imaginea delirului" (marmură din prima jumătate a secolului XVII, Rijksmuseum).

Spre deosebire de psihozele endogene, în cazul psihozelor exogene cu evoluție îndelungată, degradarea demențială constituie regula

Scanned with CamScanner

ca rezultat al constituirii ireversibile, indiferent de natura agentului provocator (agenți fizici, infecțioși, toxici, vasculari etc.).

Starea psihotică se dezvoltă uneori pe un fond encefalic congenital invalidat, ca în cazul oligofreniei de exemplu.

„Psihozele grefate" au de regulă caracterul de bufeu acut hipertimic reactiv (maniacal sau melancolic), cu elemente confuzionale sau delirant-halucinatorii nesistematizate.

Reacțiile psihotice dezvoltate pe fond psihopatic se obiectivează prin exaltarea malignității și impulsivității constituționale, iar reacțiile dezvoltate pe fond nevrotic prin predominența anxietății.

Un subiect controversat îl constituie posibilitatea „grefării" schizofreniei pe un fond oligofrenic. În această situație credem că de obicei este vorba de o schizofrenie cu debut infantil insidios, care mai tîrziu creează impresia unui deficit oligofrenic înnăscut

Specificitatea simptomelor în psihoze este relativă, deoarece chiar dacă se diferențiază între ele prin coloratură afectiv-comportamentală și modificări ale proceselor de cunoaștere, nu există totuși o corelație de specificitate între cauza determinantă și simptomatologie care să permită, de la început, un diagnostic de certitudine.

Neconcordanța dintre cauzele și simptomatologia psihozelor ne obligă să reflectăm atît asupra variabilității lor etiologice, cît și asupra particularităților individuale, în vederea precizării unui diagnostic de certitudine și în consecință a unui maximum de eficiență terapeutică.

Importanța diagnosticării corecte și precoce a psihozelor se deduce din următoarele exemple :

— aplicarea tratamentului în stadiul preclinic al meningo-nevraxitei luetice se soldează cu vindecarea deplină în toate cazurile, în timp ce în perioada de stare rezultatele favorabile se obțin abia în 50% din cazuri, bolnavii rămînînd însă adeseori cu deficite neuro-psihice ;

— în cazul schizofreniei, proporția remisiunilor este de 70-80% din cazuri cînd tratamentul este aplicat corespunzător în primele 6 luni de la apariția bolii, scăzînd apoi sub 20%. cînd tratamentul întîrzie peste un an ;

— în cazul encefalitei psihotice azotemice acute, vindecarea este posibilă în peste 90% din cazuri cînd tratamentul de urgență este instituit în primele zile, mortalitatea devenind apoi de peste 70%.

Luînd în considerare faptul că în prezent însuși nucleul psihozelor delirante cronice sistematizate poate fi influențat favorabil printr-o chimioterapie encefalotropă adecvată, rezultă că psihiatria contemporană poate contribui efectiv la clarificarea unor situații psihosomatice complexe, anterior considerate doar ca particularități psihotice ireductibile.

Scanned with CamScanner

Punctul nostru de vedere privind natura encefalodistrofică (dismetabolică) a psihozelor endogene nu exclude rolul factorilor exogeni (de natură biologică sau psihologică), fapt pe care îl subliniem prin folosirea complimentară a termenului de predominanță în corelație cu noțiunea de psihoză endogenă. În același timp, semnificația terenului predispozant se verifică prin relația clinico-statistică, conform căreia la o anumită persoană sau familie se dezvoltă o anumită psihoză, indiferent de natura factorilor exogeni ce favorizează apariția ei. Această situație nu exclude însă posibilitatea ca în anumite cazuri de psihoze endogene să existe un amestec de simptome și o anumită balansare evolutivă care să creeze eventual dificultăți diagnostice, fapt ce i-a determinat pe unii psihiatri să diferențieze o categorie de *psihoze endogene atipice,* rezultate prin interpenetrarea elementelor maniaco-depresive și schizofrenice (Rumke, Langfeld, Kleist, Snejnevski).

După părerea noastră, excepțiile în cadrul psihozelor endogene nu fac decît să confirme regula conform căreia factorul individual rezultat din corelarea elementelor constituționale și socio-culturale se manifestă în cuprinsul fiecărei boli în parte, boala respectivă rămînînd totuși o entitate care se obiectivează atît prin predominența caracteristicilor fundamentale, cît și prin evoluție.

Coeficientul prepsihotic constituțional se poate aprecia accidental în cursul beției alcoolice sau sub influența altor droguri, cunoscîndu-se că majoritatea persoanelor normale manifestă un oarecare grad de hipertimie euforică datorită narcotizării structurilor mozaicului funcțional cortical, în timp ce un număr mai redus manifestă o exaltare depresiv-melancolică, paranoică, halucinatorie sau epileptoid — amnestică.

Polimorfismul reactivității prepsihotice în raport cu structura temperamentală a fiecărei persoane în parte devine mai evident în cursul narcoanalizei realizată prin administrarea intravenoasă de barbiturice, sau, eventual, în cazul experimentării cu substanțe halucinogene ca mescalina sau dietilamina ac. lisergic (LSD 25) etc.

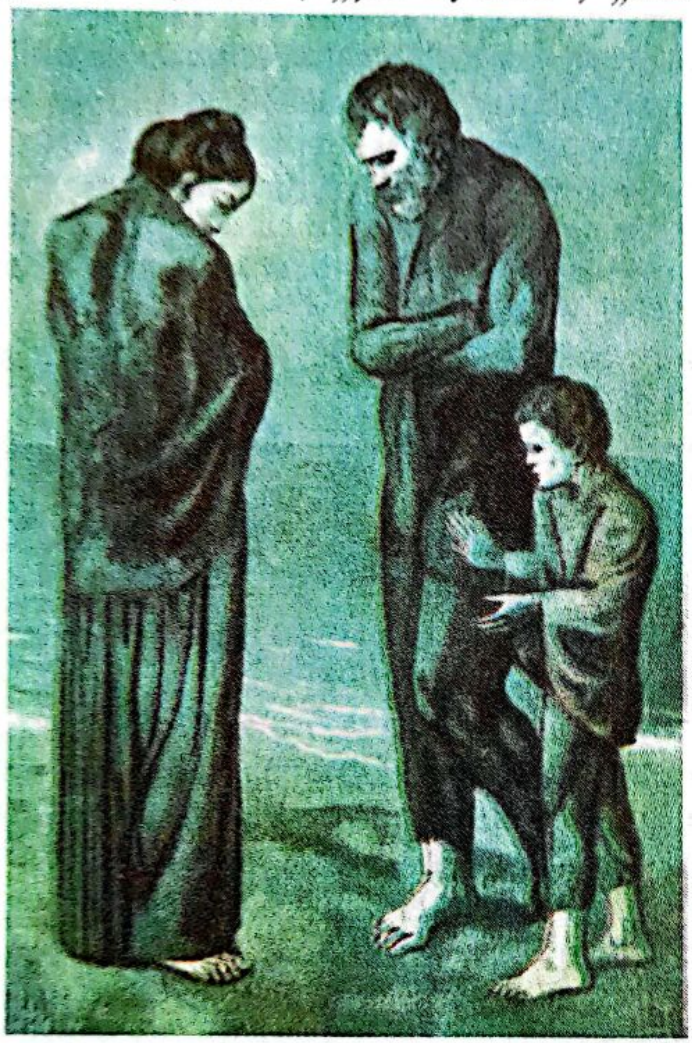
Psihozele endogene debutează fie ca urmare a unei „decompensări" metabolice encefalice primare „esențiale", fie în mod secundar — „reactiv" sub influența unor cauze psihogene șocante care „favorizează" decompensarea psihotică sau „creează" psihoza, dezorganizînd în mod acut homeostazia cerebrală.

Psihozele „declanșate" sau „realizate" reactiv sub influența unor factori „psihogeni" păstrează anumite particularități individuale, ca și în cazul oricărei alte psihoze. Astfel, nu numai că „fiecare persoană delirează corespunzător cunoștințelor sale", dar în același timp se și comportă calitativ diferit în raport de structura sa temperamentală.

Scanned with CamScanner

Sindromul psihotic reactiv acut

Categoria sindromului psihotic reactiv acut cuprinde reacțiile (bufeele", „crizele") provocate prin zguduiri instinctiv-emoționale („șoc emoțional", „șoc afectiv", „stare de afect") cu evoluție relativ scurtă, remisiunea producîndu-se, de regulă, cînd cauza determinantă își pierde semnificația.



Pablo Picasso : „Tragedia".

După cum rezultă din caracteristicile enunțate, sindromul psihotic reactiv acut se integrează clinic în grupul „psihogeniilor", datorită apariției sale ca urmare a unor traume de natură psihologică. Sindromul psihotic reactiv se diferențiază totodată în mod esențial de nevroze, psihopatii sau oligofrenia de limită superioară, datorită dezorganizării nivelului de conștiință cu pierderea discernămîntului pe toată durata psihozei.

Factori favorizanți în apariția sindromului psihotic reactiv acut

Admițînd existența unor diferențe calitative între reacția nevrotică și reacția psihotică, apreciem că la o personalitate dizarmonică constituțională, indiferent de tipul ei (nevropatic, psihopatic sau oligofrenopatic), ca și la diverșii sechelari (encefalopați sau afectați de boala epileptică), poate să apară cu mai multă ușurință o reacție psihotică acută. În toate aceste situații decompensarea psihotică este favorizată în plus de intoxicația etilică sau cu alte droguri ce acționează ca un „revelator", prin dezorganizarea mozaicului funcțional al activității nervoase superioare.

Apariția unei reacții psihotice poate să se producă și la o personalitate constituțional echilibrată, dacă este supusă unor afecte excesiv de brutale — care zguduie dinamica infrastructurilor biochimice ale psihismului. Izbucnirea sindromului psihotic reactiv acut la persoanele normale este favorizată de cauzele care scad pragul reactivității cortico-subcorticale ca surmenajul, intoxicațiile sau bolile intercurente.

Scanned with CamScanner

Simptomatologia sindromului psihotic reactiv acut este predominată de întunecarea conștiinței, care se poate întinde de la siderație cu mutism și împietrire cataleptică sau stare crepusculară cu reacție de fugă, pînă la onirism confuzional-halucinator cu agitație anxioasă sau colerică.

Debutul sindromului psihotic reactiv acut are caracterul unui *scurt circuit mintal* care se dezvoltă prin intrarea bruscă în tensiune supramaximală de lucru a reactivității instinctuale elementare, ce determină dezorganizarea nivelului de conștiință prin perturbarea inițială a mozaicului funcțional diencefalo-cortical.

Din punct de vedere fiziopatologic, reacția psihotică comportă în momentul de vîrf paroxistic simptomatologia clasică a stării de „afect" cu balansare vegetativă (paloare-roșeață, apnee-polipnee, mioză-midriază, spasme ale musculaturii netede, tremur generalizat, hipertonie musculară) și un mare consum de energie.

Este de reținut faptul că tulburările vegetative paroxistice pot persista cîtva timp și după stingerea furtunii emoționale, sub forma unor modificări homeostazice, ca o consecință a dereglării releelor vegetative centrale și respectiv a triplei funcții de reglare neuro-endocrino-umorală.

Limitele sindromului psihotic reactiv sînt destul de largi, cuprinzînd ca particularități clinice atît reacțiile psihotice de grup generate de panică și ură, cît și pe cele provocate de drame familiale, vexațiuni morale sau suferințe somatice.

Reacția psihotică de grup se poate declanșa la persoanele normale ca un „scurt circuit mintal" amplificat prin „simpatia psihologică gregară" în cadrul trăirii unor calamități (cutremure, inundații, incendii, bombardamente etc.), sau de furie provocată prin molestarea unui congener de aspirații (între care chiar și frustrarea de victorie a unei echipe sportive favorite).

Reacția psihotică de grup, enunțată lapidar în expresia „mi-am pierdut mintea cuprins de spaima (sau furia) mulțimii", este favorizată de o stare de tensiune emoțională premergătoare, ca de exemplu în următoarea situație :

Imediat după război, în cursul unui spectacol ce evoca represiunile pe care le trăiseră din plin cei prezenți în sală, unui copil i se făcu rău ; mama speriată strigă „apă", iar cineva clamează „foc" (! ?). Se declanșează brusc o reacție confuzională în masă cei de la balcoane sărind peste cei de la parter, toți busculîndu-se într-o învălmășeală oarbă.

*

Comportamentul în cursul sindromului psihotic reactiv de grup se aseamănă cu somnambulismul hipnotic, deoarece sub influența unui inductor persoanele respective pot reacționa paradoxal față de tendința lor inițială :

Scanned with CamScanner

Ne aflam, povestește un martor ocular, după o serie de lupte epuizante, nedormiți și flămînzi, într-o situație disperată, culcați în noroi, de cîteva ore sub focul inamicului. La un moment dat, un ostaș se ridică strigînd „înainte" și tot plutonul îl urmează cucerind poziția...

Ostașul care declanșase acțiunea salvatoare umbla în continuare în neștire, gesticulînd și strigînd Înainte. *Revenindu-și în fire după un timp, nu-și amintea nimic din ce se petrecuse, după cum nici noi nu știam de ce îl urmasem în acțiunea oarbă pe care o declanșase.*

În anumite situații de epuizare fiziologică, reacțiile psihotice de grup pot lua un caracter oniroid cu reprezentări și acțiuni imaginare, în scopul satisfacerii unor nevoi vitale.

În acest sens, considerăm exemplificativă relatarea unui medic supraviețuitor din „trenurile morții" :

În prima oră după îmbarcarea în vagon, a fost o agitație conștientă limitată, păstrîndu-se respectul față de copii, vîrstnici și convenințele sociale. Căldura, setea de apă și aer devin progresiv tot mai insuportabile, instalîndu-se o agitație psihomotorie violentă, generalizată. În această ambianță iluziile și ideile delirante contaminative încep să se contureze. Unii încep să strige : „mai toarnă puțină apă peste pietrele cuptorului", avînd impresia că se găsesc într-o baie de abur datorită căldurii și lipsei hainelor (pe care le dezbrăcaseră mai înainte)...

Din cauza oboselii, la un moment dat, am avut impresia că văd în fundul vagonului oameni așezați pe o bancă, spre care am căutat să-mi fac loc prin mulțime.

...Noțiunea de spațiu și timp a devenit apoi confuză, auzul și văzul s-au estompat, agitația violentă fiind urmată de o somnolență progresivă. La un moment dat, în liniștea grea care cuprinsese vagonul, aud pe cineva alăturea de mine jucînd poker. Era un bărbat voinic, care cu o voce puternică își invita partenerii imaginari „Boby" și „Bob" să facă jocul. Jocul se desfășura tot mai repede, cu miză din ce în ce mai mare : 10 000, 20 000, 100 000, de fiecare dată cînd anunța miza, lovindu-se cu palmele peste coapse. Peste cîțiva ani am aflat că jucătorul de poker, care nu a mai ieșit viu din vagon, avea doi cîini, pe Boby și Bob...

În timp ce toropeala ne cuprindea din nou, a răsunat o voce care striga : „uite o fabrică de limonadă, cumpărați-mi 10 sticle" ! Vestea este imediat confirmată de alții : „da, da, aici peste drum, la 200 metri este o fabrică de limonadă. Cumpără mai multe : 50, 100, 500 sticle ! Cifrele încep să zboare, antrenîndu-ne pe toți,

Scanned with CamScanner

trezindu-ne din toropeală. Se organizează grupe care să supravegheze împărțirea sau să adune banii, — iar alții strigau: „uite că umple sticlele, le aduce" !... *

Un supraviețuitor dintr-un alt vagon, din același tren al morții, relatează o situație asemănătoare de inducție, realizată sub forma unui delir în doi :

Aveam impresia certă că am ajuns acasă și am invitat pe un prieten care se afla lîngă mine să mergem în curte, unde am o fîntînă ca să bem apă. Și am pornit amîndoi, croindu-ne tunel pe sub cadavre cu atîta convingere, încît la un moment dat prietenul meu a început să strige: „Uite o văd, încă puțin și ajungem" !... și am continuat să ne tîrîm pînă am adormit istoviți **.

Reacția psihotică indusă prin fanatism sectar se dezvoltă de obicei ca o trăire delirantă colectivă, ce poate ajunge pînă la dezaferentări senzoriomotorii și automatisme de tip hipnotic.

Reacția psihotică provocată de situații dramatice familiale își găsește expresia tipică în starea confuziv-anxioasă provocată de doliu și mai rar prin implicația socială dezonorantă a unuia din membrii familiei.

În această situație reacția psihotică acută poate evolua și sub formă de pusee anxioase care se atenuează progresiv sau se transformă într-o nevroză anxioasă. În cazul durerii morale provocată de doliu apare uneori și o polarizare mistică (spiritistă) compensatorie.

Reacția psihotică provocată prin vexațiuni morale este declanșată, de regulă la sexul feminin, de viol sau agresiuni desfigurante. Teoretic, orice vexațiune intolerabilă pe plan moral poate constitui elementul determinant al unei reacții psihotice acute.

Reacția psihotică provocată de detenție se particularizează prin faptul că debutează acut ca o stare oniroidă, favorizată de anchetă sau izolare, putînd evolua ca un raptus suicidar sau de fugă cu agresivitate și mult mai frecvent ca o stare confuziv-apatică. Remisiunea se produce de regulă fără defect, într-o perioadă variabilă de timp, îndeosebi cînd dispare factorul anxiogen prin rezolvarea implicației judiciare, fie prin disculpare, fie prin condamnare.

În unele cazuri, cu predilecție în prezența unui teren prepsihotic, reacția de detenție poate lua un caracter trenant de tipul discordanței schizofrenice. În aceste situații apare în mod caracteristic

---

*, ** M. Wasserman, P. Brânzei : *Considérations sur les troubles psychomoteurs dans l'asphixie lente.* Bull. Soc. Roum. Neurol. Psych. Psychol. Endocr., Iași, 1945—1946.

Scanned with CamScanner

răspunsul absurd, alăturea cu întrebarea, care dă impresia de simulație (sindromul Ganser), cît și trăiri delirante halucinatorii care uneori se pot organiza și sistematiza sub forma unei parafrenii.

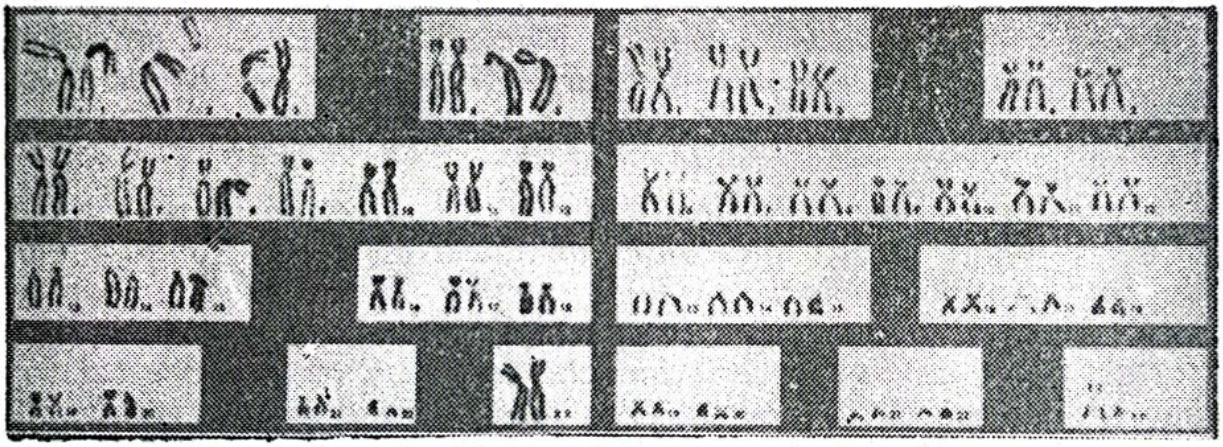
Reacția psihotică provocată prin suferințe fizice ca, de exemplu, criza de angor pectoris, colica nefretică sau hepatică, crizele asfixice, cauzalgiile, crizele tabetice, șocul traumatic sau toxi-infecțios, comportă o semnificație particulară în cadrul urgențelor medico-chirurgicale.

Este bine de reținut că în aceste situații starea confuzională sau agitația psihomotorie poate masca leziuni organice grave, cu o rapidă evoluție letală.

Reacția psihotică „excepțională" provocată prin incidența sumativă a unui complex de factori negativi, comportă caracteristicile unui „scurt circuit mintal", asemănător cu echivalența epileptică. Această situație este considerată ca „excepțională" deoarece se presupune că niciodată nu va mai fi posibil să se reunească același complex de factori sumativi care să o declanșeze și, în consecință, se poate pune în discuție și criteriul juridic al exonerării de pedeapsă.

Scanned with CamScanner

In scopul unei orientări inițiale, psihozele predominant endogene pot fi diferențiate în psihoze hipertimice (sau afective), psihoze hipotimice (sau schizofrenii) și psihoze delirante paralogic sistematizate (paranoia și parafrenii).



Cariotipul uman.

(Apud Murray L. Barr : *Abbottempo* 1/1966)

Psihoze hipertimice (psihozele afective)

Referindu-se la „psihozele afective", C. I. Parhon le caracterizează prin următoarea prezentare lapidară * :

> *Sub numele de psihoze afective unii autori (Ziehen, Tanzi) descriu două sindroame psihice a căror caracteristică esențială pare a consta într-o alterațiune afectivă, mai cu seamă în sensul euforiei într-unul din ele — manie — și în acela al tristeței, al durerii morale, în cel de al doilea — melancolia.*
>
> *Aceste sindroame pot apare o singură dată în viața individului, dar mai des ele se repetă de mai multe ori, la intervale mai*

* C. I. Parhon : *Psihozele afective*, Ed. Viața Românească, Iași, 1924.

Scanned with CamScanner

mult sau mai puțin neregulate, și se vorbește atunci de psihoze intermitente.

Uneori intervalele ce separă perioadele de tulburare psihică sînt, mai mult sau mai puțin, egale și în aceste cazuri putem vorbi de psihoze periodice, nume întrebuințat în mod impropriu, dar adeseori și pentru psihozele intermitente. Tipul acceselor psihice poate fi, în principiu, totdeauna maniacal sau melancolic și atunci vorbim de manie sau melancolie intermitentă sau periodică, sau, din contra, accesele de manie și melancolie alternează, separate printr-un interval de sănătate psihică, mai mult sau mai puțin completă, și atunci vorbim de psihoze alterne. În fine, accesele de manie și melancolie se pot succeda fără intervale normale.

În aceste cazuri vorbim de psihoze circulare, ciclotimia constituind o formă atenuată a ultimilor.

Raporturile atît de strînse dintre accesele de manie și melancolie, succesiunea sau chiar coexistența, în același timp (stări mixte) la același bolnav, au condus pe Kraepelin să le considere ca tablouri simptomatice ale aceleiași boale pe care a numit-o „Psihoza Maniaco-Depresivă".

Discutînd despre semnificația tonalității afective în psihoze, am dori să reliefăm că atît sindromul maniacal cît și sindromul melancolic reprezintă o polarizare ideo-afectivă hipertimică, în ambele situații existînd o deplasare integrală a personalității fie în sensul euforiei, fie în sensul durerii morale. Insistăm asupra acestui fapt, deoarece mai persistă încă părerea după care depresia melancolică ar fi expresia unui deficit afectiv, adică a unei hipotimii. Chiar și în situația cînd în procesualitatea psihozelor hipertimice relațiile ideo-afective se configurează într-o tematică delirantă sistematizată, personalitatea nu se dezintegrează totuși ca în cazul psihozei hipotimice discordante (schizofrenia), predominată de clivajul personalității prin demodulare instinctiv-emoțională și disociere ideo-afectivă.

Corespunzător realității clinice și din lipsa cunoașterii mai exacte a biochimiei psihozelor endogene, în grupul psihozelor hipertimice se includ stările maniacale, melancolice și sindromul maniaco-depresiv.

Diferențierea psihozelor endogene în forme hipertimice, hipotimice și delirante sistematizate, evită în același timp ambiguitatea împărțirii clasice în *psihoze afective* și alte psihoze endogene, care s-ar presupune a fi în consecință *neafective*. Această ambiguitate trebuie evitată, deoarece orice psihoză se obiectivează în primul rînd prin perturbări afective (ale psihismului elementar) care, la rîndul lor, se reflectă asupra conținutului și dinamicii proceselor de cunoaștere și a comportamentului.

Scanned with CamScanner

Starea maniacală

Starea maniacală *se caracterizează prin hipertimie euforică cu instabilitate psihomotorie și fugă de idei, care se poate modula expresiv de la aspectele ciclotimiei constituționale pînă la irezistibila agitație caracteristică accesului psihotic de manie acută.*

Debutul accesului de manie endogenă se produce la orice vîrstă, întîlnindu-se însă cu cea mai mare frecvență între 20—35 ani, predominînd la sexul feminin și cu precădere la persoanele de constituție pinică.

Dezlănțuirea accesului maniacal poate fi precedată premonitoriu de labilitate emoțională cu sau fără depresie și insomnie, sau poate exploda abrupt prin dezinhibare cu agitație psihomotorie expansivă, care pune în stare de alarmă anturajul.

Cel mai frecvent, debutul accesului de manie este precedat de o fază hipomaniacală caracterizată prin multiple și grandioase proiecte de viitor, pe cît de entuziast însușite pe tot atît de repede părăsite, logoree și graforee, atitudine de intimitate față de persoanele oficiale, exaltare erotică și alcoolofilică, iritabilitate cu frecvente altercații declanșate de contrarietăți banale.

Giotto : (1266—1337 : „Stultitia" (frescă, capela Madona Dell'Arena — Padova) *

Freamătul psihomotor ce precede furtuna psihotică se anunță prin dispoziție agreabilă cu impresia de forță și capacitate omnipotențială, exemplificată de următoarea scrisoare trimisă de o persoană care în afara episoadelor maniacale se comportă reticent, pînă la timiditate, în relațiile familiale și sociale :

Dragă doctore,

Sînt un creier excepțional dotat ca să nu-mi dau seama că, din cobaiul propriilor mele experiențe, am devenit cobaiul experiențelor altora.

Mi-am dat seama de mult, nu de ieri alaltăieri. Pot fi de un extraordinar de mare folos științei. Am în casă manuscrise încă

---

* În vizavi artistic cu „Regele" din capela Scravegni, Giotto tratează aici, cu o deosebită adresă, comportamentul maniacal : din cămașă trenă imperială ; din pene o coroană ; din ghioagă un sceptru și... o binecuvîntare, cu mîna stîngă, acordată mulțimilor.

Scanned with CamScanner

necunoscute vouă și în eventualitatea că se cunosc... în lipsa mea de la domiciliu, rămîn o serie de observații de nimeni știute, pe care numai oral le voi face cunoscute și nu oricui.

Sînt rezolvări în primul rînd a unor probleme de ordin filologic, care m-au preocupat în ultima vreme. M-a ajutat cunoașterea literelor cîtorva limbi, cifrele latine și arabe, geometria, alfabetul u.s.w.

Să știți că nu dușmănesc pe nimeni, indiferent de sex, poziție socială, rasă. Degeaba mulți se tem de mine.

Cultura, așa puțină cît am, mi-a ajutat atît de mult să acord atîta înțelegere tuturor capodoperelor universale, indiferent în ce domeniu create, mi-au dat acea ușurință, negîndită forță și precum „văzurăți" chiar fizică.

Sînt curioasă asupra unui lucru : ce substanțe secretate în organismul meu au... fabricat uriașa-mi sensibilitate plusquam memoria, atenția, maturizarea precoce a gîndirii și cîte altele.

Știu un lucru : sînt un produs, *dar al atîtor factori că ar trebui să mobilizez armate de cercetători spre a-i descoperi. Copiii, florile, apele, munții mai ales, marea necunoscută și pe care totuși o văd, o simt, oceanele chiar cu frămîntarea lor uriașă, universul într-un cuvînt, cu tot ce cuprinde în el, mă atrag cu o forță, pot spune, egală gravitației.*

Forța creației mele este prea mare ca să simt ușor oboseala, deloc. Oboseala fizică o resimt un pic însă și pe aceea o învîng după o odihnă de cîteva ore. Alimentație îmi trebuie cu mult mai puțin ca strictul necesar unui om de greutatea mea.

Rabd ABSOLUT ORICE, pot fi de un extraordinar folos și vreau, am certitudinea să ajung la definitiva rezolvare a problemei care mă frămîntă din mica copilărie :

LEACUL BOLILOR DE INIMĂ ȘI AL BOLILOR PRODUSE DE CANCER. Dacă nu o rezolvă savanții pînă la moartea mea, păcat că am trăit pe pămînt. Mi-ar fi unica răsplată pentru suferințele mele, mica recompensă pentru durerea nețărmurită ce-o simt că n-am cunoscut bucuria de a fi MAMĂ.

Succes tuturor, Viorica.

Este de reținut că, în cazul sindromului maniacal cu evoluție periodică, debutul accesului este precedat de aceleași pulsiuni caracteristice fiecărui bolnav ca graforeea, excesele alcoolice, noctambulismul, intervențiile la autorități pentru recunoașterea sau lansarea de proiecte și planuri grandioase etc. Aceste pulsiuni pot constitui pentru anturaj un *simptom — semnal* al debutului unui nou episod psihotic și în consecință creează posibilitatea unei intervenții psihiatrice precoce.

Consemnăm totodată și faptul că, spre deosebire de trecut, nu mai întîlnim atît de frecvent bolnavi cu accese de manie francă tumultuoasă, pe care clinicienii o denumeau la începutul secolului

Scanned with CamScanner

„manie furibundă". Probabil că atenuarea desfășurării accesului maniacal, ca și a tuturor psihozelor în general, este influențată de creșterea nivelului de sănătate a populației, cît și de îndrumarea mai precoce a bolnavului în spitalele de profil unde beneficiază de un tratament eficient.

Formele clinice ale sindromului maniacal sînt particularizate în primul rînd de productivitatea psihomotorie și ideo-afectivă a fiecărui bolnav în parte, particularități pe care le considerăm a fi în legătură cu modalitățile de compensare biochimică a deficitului psihotic, experiența socio-culturală avînd o importanță nesemnificativă.

În raport cu mania acută există o varietate de forme care nu prezintă același grad de forță, energie și dispoziție la furie, cu toate că se recunoaște totdeauna aceeași incoerență a ideilor, aceeași dezordine a cuvîntului și acțiunilor...

Esquirol, 1838

Starea maniacală endogenă tipică se dezvoltă de regulă pe fondul premorbid al unei constituții hipomaniacale cu iritabilitate arțăgoasă, care adeseori armonizează biotipul picnicului generos.

În unele situații, hipomania constituțională se complică cu trăsături caracteriopatice de suspiciozitate, vindicativitate răutăcioasă și psihoplasticitate mitomanică, interpretări de prejudiciu, gelozie sau autoapreciere exagerată.

Hipomania constituțională permite un registru amplu de oscilații comportamentale, începînd cu sintonia de grup și incidențele ei psihopatice, pînă la stările de „excitație maniacală simplă" (Ritti).

Deși hipomania nu constituie o stare de fond premorbid obligator pentru apariția accesului maniacal, se pare totuși că ar favoriza decompensările psihotice hipertimice acute.

Accesul maniacal acut frapează de la prima vedere prin atracția pentru podoabe și îmbrăcăminte viu colorată, care ajunge în stare de dezordine sau despuiere în cursul stărilor de agitație.

Mimică expansivă, mobilă, cu privire vie, ochi strălucitori, uneori ușor exoftalmici, gesticulație amplă și instabilitate motorie cu dans și cînt, sau agresivitate coleroasă.

Vorbirea cu voce tare, adeseori răgușită, cu debit rapid, ce ajunge pînă la incoerență.

Scrisul cu literă amplă și bare puternice, în rînduri ascendente sau șerpuitoare, adeseori împodobit cu înfloriturî, desene și iscălitură pompoasă, iar conținutul cu disgramatism provocat de fuga de idei.

Graforeea este tot atît de imperioasă ca și logoreea, bolnavul folosind orice material ce-i cade la îndemînă, inclusiv zidurile, mobilierul, lenjeria, iar în lipsa creionului orice obiect ascuțit ce-l întîlnește.

Scanned with CamScanner

Dispoziția este predominată de tonusul euforic ce-i conferă psihoticului maniacal o inepuizabilă energie, care se menține pe tot parcursul stărilor sale de agitație psihomotorie și insomnie îndelungată.

Este de reținut că pe fondul freneziei euforice elementare se înscriu și vîrfuri de incertitudine sau valuri de iritabilitate mînioasă cu lacrimi sau tînguiri, fără a întuneca însă hipersintonismul optimist :

„Eu sînt Gheorghiță, cel mai frumos, mai deștept și mai puternic băiat din Bucovina și din toată lumea !“ striga plîngînd de entuziastă mulțumire un tînăr pirpiriu, a cărui agitație continua să fie mereu vie după săptămîni de la începutul bolii.

Iritabilitatea mînioasă a maniacului este de asemenea pe cît de furtunoasă pe atît de repede trecătoare, „ricsul“ coleros fiind imediat urmat de manifestări de generoasă afecțiune : Un pacient supărat pe medic că nu i-a acordat suficientă atenție la vizită, după ce sfărîmă de supărare toate geamurile din încăpere, în clipele următoare îl îmbrățișează cu o caldă afecțiune.

Instinctele devin dezinhibate în cursul accesului acut, eliberarea diencefalică făcîndu-se resimțită și prin perturbarea tensiunii de lucru a releelor vegetative centrale, obiectivată prin eretism vaso-motor și neuro-endocrin cu predominanță energo-stimulatoare de tip adrenergic.

Eliberarea instinctului sexual se relevă prin obscenitate și exhibiționism, furtunosul vîrtej psihotic pulverizînd deprinderi și obiceiuri pudice îndelung socializate.

În același registru instinctual dezinhibat se desfășoară și foamea nepotolită (bulimia), insomnia (agripnia) de lungă durată, cît și pulsiunea gregară cu polarizare spre grupul social care îl exaltează și pe care îl induce totodată prin sintonia sa euforică.

Emotivitatea crescută și instabilă se desfășoară ca o continuă stare de afect.

Sentimentele sînt polarizate de regulă pe o variantă hipertimică egofilică megalomanică cu amplu registru erotic, fără posibilitate de fixare pe ordonate etico-sociale stabile, după cum rezultă din următorul fragment de scrisoare :

> *Am auzit că soarele spune că merit o soartă foarte strălucită pe vîrful Montblancului. Eu îți spun din suflet nu mai înjura birjărește și fii fată cuminte. Atunci ai să simți foi de roz minet și soasanev, toate în versuri franțuzești care îți plac atît de mult.*
>
> *Mica mea copilă ești un viermișor care nu merită nici scrumul de țigară pe care îl fumez și nu atenție ; n-am să vin la tine la ușă...*
>
> *Eu îți trimit o salutare, Taică și Noroc.*

Cunoașterea se află subordonată tonsului afectiv — care îi conferă excitației maniacale o instabilitate caracteristică :

Scanned with CamScanner

— percepția apare bruiată de vibrația sincronă plurisenzorială cu dispersiunea, instabilitatea și neclaritatea însemnelor ce confluează în iluzii frecvente, datorită scăderii pragului de excitabilitate corticală ;

— reprezentarea poate oscila pînă la limita stărilor halucinatorii (care nu prind însă consistență decît în mod excepțional) ;

— imaginația prezintă abrupte modificări hiperbolice asemănătoare cu ale reprezentării, combinarea lor contribuind la realizarea unor valoroase imagini în cazul unor remarcabile personalități artistice :

Dacă atunci vîjîiam ca toți dracii mai sus de nori,
Posed stilou cu Uraniu și-aștept să intru în Pen Club.
În mîinile amîndouă am culori, pensule și flori.

— atenția apare modificată prin exaltarea spontană a percepției și a scăderii capacității de seriere și susținere voluntară a tensiunii utile de lucru, perturbare datorită căreia psihoticul maniacal reacționează haotic la diversitatea stimulilor receptați ;

— memoria manifestă aceeași demodulare excesivă (hipermnezie) ca și atenția, deficitul engramării percepțiilor și al fidelității reproductive a evocărilor ajungînd pînă la paramnezii de recunoaștere ;

— gîndirea se particularizează prin desfășurarea rapidă a ideației (mentism) pînă la incoerență verbală cu asociații superficiale și tendință la rimă prin contiguitate sau asonanță, superficializarea corelării noțiunilor în serii de judecăți fiind totodată predominată de tonalitatea afectivă expansivă cu tendință la calambur caustic :

Sărut mîna și un picior și cinstitul botișor și plesniții ochișori.

Domnule profesor cu boii de funie, te-aș ruga să fii așa de bun și frumos, ca o pară viermănoasă și un măr putregăios, te rog să dai vacanță la broaște, la păsări, la șoareci și să ne dai pe noi la învățătură, că ne-am mulțumit de stat cu dracii unul la tatăsu și alții la măsa. Ce-i mai dulce pe pămînt decît omul cu nevasta lui și mama cu copilașii.

Bună dimineața țață Mărioară, ce mai faci, tot cu moșu Gheorghe trăiești ? Tot. Dar tu Catincă, tot cu prostul de Ion Cîrja trăiești ? Tot. Vă împăcați bine amîndoi ? Ne împăcăm leliță Mariță. Așa ne împăcăm noi amîndoi, am avut milă unul de altul, ne-am căutat de boală, ne-am ajutat la treabă, dar haitele și cîinii uite ce au făcut, atunci să-i ierte Dumnezeu cînd vom zice noi. Am să mă judec ; foaie verde iarbă grasă, m-a făcut mama frumoasă și bogată și frumoasă și sara devreme acasă. Foiluța bobului pe malul Siretului, murgu paște și nechează...

(Apud C. I. Parhon : *Psihozele afective*, op. cit.)

Particularitățile individuale și procesualitatea stării maniacale l-au determinat pe Kraepelin să diferențieze *formele mixte ale*

Scanned with CamScanner

maniei, constituite din combinarea a 1—2 simptome din seria maniacală cu 1—2 simptome din seria melancolică.

— *Mania coleroasă :* agitație psihomotorie și fugă de idei, euforia fiind înlocuită (sau acoperită) de predominanța iritabilității agresive.

După observația noastră, în cazul maniei coleroase, dispoziția iritabilă permite să se întrevadă cu ușurință fondul euforic al acestor bolnavi, diferențiindu-se totuși de agitația rece și stranie a schizofrenilor sau de agitația confuzională cu deteriorarea stării generale în cazul encefalozei azotemice (delirul acut).

— *Mania neproductivă :* euforie rece, declamatorie și agitație psihomotorie cu blocaj ideator — sau blocaj ideo-motor cu incoerență verbală.

Această formă constituie de cele mai multe ori, după părerea noastră, debutul schizofreniei hebefrenice sau simptomatologia de fațadă a unor suferințe cerebrale, ca în cazul meningo-encefalitei psihotice sifilitice, de exemplu.

— *Inhibiție maniacă :* euforie și fugă de idei cu blocaj psihomotor (mania akinetică), constituie un aspect frecvent întîlnit în mania subacută, cu precizarea că mimica maniacală caracteristică este expresivă și în această situație.

— *Stupoarea maniacă :* euforie cu blocaj ideator și psihomotor, ar corespunde, după părerea noastră, unor suferințe encefalice ca în cazul sindromului psihopolinevritic, a neuro-infecțiilor, neuro-intoxicațiilor sau a unor procese expansive intracraniene.

— *Mania depresivă* : agitație psihomotorie cu dispoziție tristă și blocaj ideator (fixație anxioasă auto-acuzatorie), cît și depresiune cu fugă de idei (dispoziție tristă — fără agitație psihomotorie însă cu ideație productivă), corespunde de fapt sindromului melancolic :

> *Cît de înfiorător mi-e dor de voi și de viață și totuși simt că trebuie să mor. Și pe tine și pe surorile mele le iubesc mai mult decît viața, decît bogata, frumoasa, curata viață. Și în loc de altceva mai bun vă fac astfel de necazuri. O, nu mă blestemați. Sînt bolnavă și nu merit să fiu cu voi. Iertați-mi cele ce v-am zis...*
>
> (Apud Kraepelin : citat de C. I. Parhon, op. cit.)

Analiza formelor mixte de manie este interesantă pentru studiul dinamicii modificărilor ideo-afective în cursul evoluției psihozelor, mania primitivă endogenă rămînînd totuși o entitate clinică pe a cărei fond pot să apară și oscilații fazice depresiv-anxioase, oniroid-confuzionale sau interpretative, ca particularități clinice secundare.

Procesualitatea stărilor maniacale are de regulă un caracter remitent, dezvoltîndu-se fie sub forma unui acces unic, fie sub formă de *accese intermitente* (care se repetă în timp la intervale

Scanned with CamScanner

neregulate), sau sub formă de *accese periodice* (care se repetă în timp la intervale mai mult sau mai puțin egale) *.

Accesul de manie poate dura de la cîteva săptămîni la cîteva luni, persistența peste un an indicînd tendința la cronicizare.

Stingerea accesului de manie se produce fie în mod brusc, fie prin atenuare progresivă și uneori prin vîrfuri (bufee) de acutizare tranzitorie ce se mai succed timp de 15—30 zile.

În general se admite că, pe cît este mai zgomotos și mai abrupt debutul accesului tip de manie, pe atît ar fi mai sigură și remisiunea într-un timp mai scurt.

Accesul de manie se poate produce o singură dată pe parcursul evoluției unei persoane, după cum faza de remisiune dintre accesele maniacale poate dura decenii, ani sau luni, scurtarea fazei de remisiune exprimînd de fapt — din punct de vedere social — cronicizarea psihozei.

Cronicizarea constituie o excepție în evoluția sindromului maniacal, dacă nu se confundă complicarea unei stări hipomaniacale cu fenomenele involuției mintale senile, complicare interpretată eronat de unii autori drept consecință evolutivă a maniei endogene.

Mania cronică propriu-zisă constituie prelungirea evolutivă a unui acces tipic de manie acută, care pe parcursul anilor își pierde ascuțimea psihomotorie : spumozitatea și celeritatea ideatorie este înlocuită de iritabilitate, trivialitate și colecționism (fără a se pierde simțul estetic) ; spontaneitatea expansivă se transformă în recitări megalomanice convertibile și calambururi stereotipice ; agitația motorie se reduce la o mimică vioaie, bolnavul putînd fi orientat într-o activitate utilă, spre a deveni brusc „măscărici" în momentul cînd se află în prezența unui grup excitant de „spectatori".

Diagnosticul diferențial al sindromului maniacal endogen implică cu necesitate diferențierea de alte cauze etiologice (traumatice, toxice, infecțioase, tumorale, dismetabolice etc.) care comportă riscul unei evoluții severe, dacă nu sînt rezolvate corespunzător.

— *Encefalita psihotică azotemică acută extrarenală (delirul acut)* implică a fi diferențiată cu necesitate, din primele zile, de accesul maniacal acut endogen datorită severității evoluției sale vitale.

Agitația confuzională cu incoerență ideatorie, deshidratare rapidă, eventual hipertermie centrală și în mod caracteristic creșterea uremiei fără modificările renale, tranșează diagnosticul de certitudine.

— *Insuficiența porto-cavă și amonemia, ciroza și insuficiența hepatică acută* se pot însoți de agitație cu elemente confuzionale care maschează, pentru cîtva timp, deficitul hepatic inițial ignorat.

---

* În prezent se folosește curent noțiunea de *periodicitate* în sensul conceptului prof. Al. Obregia, care delimita astfel caracterul repetitiv al acceselor psihotice în general.

Scanned with CamScanner

— *Boala lui Bassedow* provoacă uneori, pe lîngă dereglarea diencefalo-tiroidiană, şi instabilitate psihomotorie cu insomnie şi mentism, însă fără euforia caracteristică stării maniacale endogene, diagnosticul de certitudine fiind tranşat prin coroborarea examenelor de laborator.

— *Meningo-nevraxita cronică difuză sifilitică (PGP)* poate debuta ca un acces maniacal acut (forma expansivă a paraliziei generale), a cărui diagnostic diferenţial ridică probleme în cazul cînd semnele neurologice caracteristice nu s-au diferenţiat încă (modificarea reflexelor pupilare şi osteotendinoase, disartria etc.), iar funcţiile de cunoaştere nu au fost încă afectate.

Pentru aceste considerente (cît şi pentru excluderea altor cauze de suferinţă morfologică encefalică), se impune cu necesitate examenul lichidului cefalorahidian.

— *Psihozele de involuţie* prin deteriorarea cerebrală (genetică, neuro-endocrină, vasculară etc.) şi îndeosebi demenţele senile se pot însoţi, pe lîngă deficitul mnestic, de excitaţie psihomotorie, diferenţiindu-se totuşi de sindromul maniacal endogen, care nu afectează integritatea funcţiilor de cunoaştere.

— *Schizofrenia* pune uneori probleme mai dificile de diagnostic diferenţial cu sindromul maniacal endogen, în cazul debutului „patetic“ pseudo-hipertimic al hebefreniei. Agitaţia rece, clovneria şi manierismul straniu, salata de cuvinte şi disjuncţia ideo-afectivă cu demodularea dispoziţiei şi experienţa halucinator-delirantă pe care se configurează interpretarea solipsistă a lumii obiective, diferenţiază cu suficientă precocitate psihoza hipertimică maniacală de psihoza hipotimică discordantă (schizofrenia).

— *Psihozele delirante cronice sistematizate (parafrenia şi paranoia)* prezintă unele trăsături comune cu sindromul maniacal prin aceeaşi hipertimie expansivă hipomaniacală de fond, fără a fi posibilă însă confundarea lor clinică, datorită particularităţilor ce le diferenţiază (vezi capitolul psihoze paralogice sistematizate).

Terapia antipsihotică contemporană a creat posibilitatea *suspendării* tulburărilor mintale masive (care reapar la scurt timp de la întreruperea tratamentului dacă evoluţia accesului nu s-a consumat) şi chiar *scurtarea* accesului (de la luni la săptămîni), evitîndu-se astfel, într-o largă măsură, incidenţa cronicizării sindromului maniacal, cît şi prevenirea recidivelor.

Accesul psihotic maniacal acut implică tratament obligator într-o unitate spitalicească psihiatrică *, unde bolnavul beneficiază de asistenţă calificată şi medicaţie activă corespunzătoare.

---

* *Transportul bolnavului în stare de agitaţie acută constituie o problemă de urgenţă medicală,* care impune blocarea rapidă a stării de agitaţie printr-o medicaţie eficientă însă netoxică, excluzîndu-se totodată degradanta şi

Scanned with CamScanner

În spital pacientul va primi o îngrijire orientată pe următoarele criterii generale, care sînt aplicabile de altfel tuturor bolnavilor afectați de psihoze acute :

— *Clinoterapie prelungită* (repaus la pat fără imobilizare) * într-un microclimat confortabil sub supraveghere calificată și pe măsura liniștirii acestuia, orientarea într-o activitate simplă, de preferință în spațiul larg al naturii.

— *Alimentație hipotoxică* hipercalorică și lichide în cantități suficiente pentru a se evita o eventuală decompensare diencefalică uremigenă și igienă riguroasă pentru evitarea infecțiilor supraadăugate.

— *Medicația sedativă și neuroleptică.* Se evită impregnarea cu narcotice, care măresc agitația și favorizează apariția stărilor oniroid-confuzionale. Principial, orice substanță neuroleptică incisivă care blochează psihomotricitatea și eretismul diencefalo-reticular poate acționa favorabil asupra agitației maniacale, dacă este administrată într-un dozaj corespunzător.

În cazul cînd tratamentul cu neuroleptice nu reduce agitația maniacală, marcînd astfel o tendință la cronicizare, se asociază la nevoie terapia prin șoc comatogen, după cum în anumite situații poate da rezultate bune sulfoterapia piretogenă (vezi capitolul despre bioterapie).

Un aspect interesant în terapia sindromului maniacal de natură endogenă îl constituie influiența favorabilă pe care o exercită sărurile de litiu, între altele prin acțiunea lor de înlocuire a ionului de sodiu la nivelul membranei neuronale.

În cazul sindromului maniacal trenant la femei, uneori este necesar să se corecteze prin hormoni steroizi hiperfoliculinemia, iar în formele post-partum chiuretajul uterin poate acționa favorabil, restabilind interrelațiile funcționale neuro-endocrine.

După obținerea remisiunii sindromului maniacal, persoana în cauză va fi sfătuită și controlată să-și mențină tratamentul de întreținere stabilit.

În perioada de remisiune persoana respectivă poate îndeplini integral orice activitate pentru care este corespunzător pregătită, comportînd în același timp o responsabilitate integrală civilă și penală.

---

inutila imobilizare care mărește agitația bolnavului și impresionează atît de negativ pe cei din jur. (Vezi cap. chimioterapia).

* În mod surprinzător pentru cei neavizați, acești bolnavi agitați pot fi convinși prin persuasiune blîndă să păstreze patul, infirmierii avînd obligația să manifeste o atitudine răbdătoare la injuriile ce li se adresează, comportare care îl dezarmează pe maniac, ca pe oricare bolnav agitat dealtfel, care devine însă îndîrjit cînd găsește împotrivire.

Scanned with CamScanner

Starea melancolică *se caracterizează prin hipertimie anxioasă pînă la durere morală autoacuzatoare, cu agitație anxioasă sau stupor.*

„Autosimbolism"
(Apud H. Leuner-Göttingen)

Imensa povară a durerii morale, predomină psihoza melancolică ca o platoșă de fier.

Debutul accesului psihotic melancolic endogen se poate produce la orice vîrstă, întîlnindu-se totuși cu o mai mare frecvență după vîrsta de 30 de ani și îndeosebi la femei, stările melancolice cuprinzînd pînă la 3/5 din totalul bolnavilor spitalizați.

Deși melancolia endogenă apare în afara unor cauze exogene manifeste, debutul său poate fi totuși favorizat de traume psihice (pierderi de bunuri materiale, dificultăți sociale, conflicte familiale, situații de abandon sau frustrație, vexațiuni, doliu), suferințe somatice sau presenium.

Accesul melancolic endogen acut este precedat de obicei de o trăire penibilă de neputință, singurătate, inutilitate și culpabilitate, care confluează progresiv în anxietate manifestă cu orbire mintală și pulsionare tanatomanică, pînă la raptus suicidar :

Domnule doctor,

Vă mulțumesc că mi-ați spus că sînteți alături de mine într-un moment de singurătate și tristețe. Vă mulțumesc pentru acest gînd.

Ați intrat în viața mea ca un străin, care pleacă după ce a reparat stricăciunile sănătății mele grav amenințată.

Însă dv. ați rămas : acest străin a devenit prietenul care sfătuiește, care ia parte la amărăciuni, care se asociază la durerile unei paciente trecătoare, o necunoscută.

Ați voit să vindecați nervii mei, însă în dosul lor ați găsit inima mea.

Ați vrut să-mi asigurați liniștea și mi-ați sugerat ideea unei separații de ceea ce mă împiedica să mă vindec...

Pentru mine marea singurătate începe și îmi este frică. Mi-e frică de inima mea goală, mi-i frică de visurile mele îndepărtate, mi-e frică de tăcerea prelungită care mă înconjoară.

Scanned with CamScanner

In jurul meu totul devine dușmănos și trist, camerele închise, ecoul zidurilor, tăcerea care mă apasă peste tot.

Eu nu am decît singurătatea. Vreau să o păstrez cu demnitate. Nu mă voi plînge niciodată. Nu voi mai reapare în fața dv.

Dacă cîteodată mă veți zări însă trecînd pe stradă, vă rog să vă gîndiți din nou, cum ați făcut în ziua cînd conduceam pe tatăl meu la mormînt, că de acum înainte am rămas mortal de singură și tristă, așa cum ați întrezărit odată.

*

Depresiunea și anxietatea nu sînt în fond decît două modalități ale unuia și aceluiași simptom — durerea morală, unul din elementele esențiale fundamentale în melancolie...

J. Seglas, 1895

Ca și în cazul maniei, formele clinice ale sindromului melancolic endogen se diferențiază în funcție de particularitățile fiecărui bolnav în parte, ei rămînînd totuși reuniți în același grup psihopatologic prin hipertimia dureroasă ce-i caracterizează, indiferent de vîrstă, sex sau cultură.

Starea depresivă constituțională, denumită sinonimic „Angstneurose" (Freud), constituție emotivă (Dupré), psihastenie (P. Janet), nevroză anxioasă (Heckel), neurastenie constituțională (Reichardt, Curschmann, Siemerling), nervozitate constituțională (Schultz), depresie constituțională (Montassut) etc., devine manifestă încă din copilărie, obiectivîndu-se prin fatigabilitate iritabilă, labilitate emoțională, scrupulozitate, incertitudine și neliniște difuză pînă la contractură penibilă ideo-afectivă (cu sau fără modificări vegetativo-umorale) însă fără alterarea discernămîntului și a sentimentelor etice-sociale.

Indiferent de particularitățile individuale, starea depresivă constituțională se menține în interferență cu normalitatea, apariția durerii morale cu sentiment ireal de culpabilitate autoacuzatoare precizînd transformarea în psihoză melancolică.

Deși depresia constituțională nu apare ca o stare de fond premorbid obligator în dezvoltarea accesului melancolic, se pare totuși că starea depresivă constituțională ar favoriza decompensarea psihotică hipertimică disforică, pe care adeseori o precede.

Accesul melancolic acut comportă o atitudine antipodală față de starea maniacală : mimică de suferință morală cu privire neliniștită, poziție de umilință sau de așteptare terifiantă ; pliurile faciale contractate și comisurile labiale scoborîte ; îmbrăcămintea sumbră. Spațiile largi și mulțimea îi agravează neliniștea ; melancolicul preferă să se refugieze într-un colț, unde apare ca împietrit de sufe-

Scanned with CamScanner

rință sau se agită cuprins de panică sfîșietoare. Dominat de durerea sa morală, vorbește în șoaptă, cu voce stinsă, alteori păstrează mutism, răspunzînd doar la insistențe cu monosilabe autoacuzatoare, sau se lamentează acut cerînd să fie expiat pentru păcatele săvîrșite. Deși suferința fizică și moartea o îngrozește, persoana afectată de melancolie endogenă acută resimte o pulsiune tanatofilă irezistibilă cu frecvente raptusuri suicidare, realizate în cele mai neașteptate momente și prin modalități cu totul neobișnuite.

Dispoziția sumbră polarizează deplasarea ideo-afectivă hipertimică anxioasă, caracteristică accesului de melancolie acută.

Instinctele apar defulate paradoxal față de semnificația lor biologică, datorită — probabil — unei excitații talamice stagnante. Astfel, de pildă, deși instinctul de procreare este de regulă blocat, nu rareori melancolicii se masturbează persistent, ca expresie obsesivă a durerii morale.

Instinctul de alimentare apare deturnat prin conversiune ideică, deoarece bolnavul anxios atunci cînd este alimentat înghite ce i se introduce în gură, rugîndu-se în același timp să nu i se mai dea să mînînce deoarece nu merită să trăiască, după cum nici bulimia nu este totdeauna exclusă.

Somnul este profund perturbat, agripnia constituind regula în acesul melancolic acut.

Instinctul de conservare apare în mod caracteristic deturnat prin pulsiune automutilatoare sau raptus suicidar, sub presiunea ideică a groazei de suferință sau a necesității expiatoare.

Instinctul social apare de asemenea deturnat paradoxal, întrucît melancolicul suferă profund datorită faptului că se consideră incapabil de a iubi pe cei apropiați, trăire monomanică atît de penibilă încît îl determină uneori la actul heterosuicidar *, spre a-i mîntui pe cei apropiați de suferința pe care o consideră că le-o provoacă.

Emotivitatea, exaltată în sens anxios, poate să ajungă pînă la analgezie și automutilare.

Sentimentele sînt polarizate stagnant ca trăiri penibile atît de intense, încît pot să ajungă pînă la perplexitate sau „orbire mintală“ cu delir de negare, persoana melancolică avînd impresia că nimeni și nimic nu mai există în afara păcatelor și suferințelor sale.

Cunoașterea corespunde fondului hipertimic anxios — definind durerea morală, culpabilitatea și autoacuzarea :

— percepția poate fi perturbată pînă la blocaj, cu iluzii stagnante asupra propriului organism și a mediului înconjurător, orice percepție fiind aglutinată în ideea de urmărire și ispășire. Pașii, șoaptele, ușa care se închide, persoanele care se apropie, păsările care

---

* Heterosinucidere : tentativă sau omucidere „altruistă“ a celor apropiați.

Scanned with CamScanner

cîntă, vîntul care bate, totul este deturnat în semne ale acțiunilor ce se organizează pentru pedepsirea sa expiatoare ;

— reprezentarea se caracterizează prin reviviscențe sumbre și poate fi populată uneori de halucinații oniroide neconsistente ;

— imaginația săracă și monotonă patinează mereu pe aceleași clișee terifiante ;

— atenția, cataleptizată prin durerea morală, poate diminua pînă la aprosexie — în afara dominantei ideo-afective disforice stagnante ;

— memoria, corelativ cu prosexia, este activă doar pe dominanta durerii morale, orice nouă fixare, și mai cu seamă orice evocare, alimentînd-o monomanic ;

— gîndirea sintetizează deplasarea globală a personalității pe eșafodul hipertimiei melancolice, cu frică pînă la perplexitate monoideică tanatomanică :

Dați-mi otravă, nu vreau să mă obosesc atît de mult. Nu vreau să mai sufăr nici eu și nici ai mei pe lîngă mine.

Nu este adevărat. Nu sînt melancolică, SÎNT NEBUNĂ — SÎNT NEBUNĂ !

Nu m-am obișnuit cu spitalul cum spuneți toți, dar acasă nu aveam puterea să ridic măcar capul de pe pernă de foarte multe ori. De ce ? De ce ? Ce e cu mine atunci ?

Și totuși și aici mi-e greu să mai stau. Dar acasă nu plec, nu ! Vă rog să-mi spuneți ce e cu mine. Sînt mai rău ca un cîine turbat. Nu vreau să mai trăiesc. TREBUIE SĂ MOR. Nu am pentru ce trăi. Mi-e urîtă viața și lumea. DE CE ?

Cît m-ați ajutat dv. trebuie să vă sărut și picioarele nu numai mîinile. Dar eu nu mă pot liniști deloc. DE CE ?

Trebuie totuși, odată cînd veți veni la vizită, să mă găsiți spînzurată sub pătură.

Stuporul melancolic exprimă în modul cel mai pregnant transpoziția hipertimiei dureroase în catalepsie și perplexitate ideo-afectivă, datorită căreia bolnavul zace împietrit pe locul unde este pus, ca o statuie a tristeții, fără a rosti un cuvînt (decît doar la insistențe și atunci abia șoptit — autoacuzator), reținîndu-și sfincterele, ignorînd hrana, veghind treaz ziua și noaptea, stupor care se poate transforma, în mod neașteptat, într-un raptus suicidar.

Ideile delirante sînt prezente la toți bolnavii afectați de melancolie endogenă, expresie a durerii morale ce o trăiesc și datorită căreia trecutul le apare condamnabil, prezentul insuportabil, iar viitorul un imperativ expiator ireductibil.

Cînd pe fondul anxietății autoacuzatoare se structurează un delir de interpretare, apare aspectul *paranoid* al melancoliei.

Scanned with CamScanner

Procesualitatea stărilor melancolice are de regulă același caracter remitent ca și în manie. Frecvența maximă în apariția primului acces melancolic se întîlnește totuși la femei în cursul celei de a treia vîrste, în cadrul căreia se plasează și incidența cea mai crescută de cronicizare.

Un aspect deosebit în procesualitatea sindromului melancolic endogen îl prezintă apariția hipertimiei anxioase în stadiul dezvoltării infantilo-juvenile. În aceste situații aspectul torpid — astenodepresiv — poate fi confundat cu o cuminţenie exemplară, cu o stare nevrotică prin surmenaj școlar sau o criză pubertară, starea psihotică larvată făcîndu-se cunoscută printr-un tragic raptus suicidar.

Melancolia endogenă poate evolua sub forma unui acces unic, sau sub formă periodică (respectiv intermitentă).

Accesul melancolic endogen are o durată variabilă, între 1--12 luni, prelungirea peste un an marcînd de obicei (ca și în cazul maniei) tendința la cronicizarea bolii.

Spre deosebire de mania cronicizată, care după un număr de ani se stabilizează pe tot restul vieții, în cazul melancoliei cronicizate se poate produce o remisiune spontană și după decenii de evoluție a bolii, chiar și atunci cînd are o alură aparent demențială.

Sfîrșitul accesului melancolic se produce litic, cu răbufniri anxioase episodice, „coada melancoliei", fiind interferată cel mai frecvent de pericolul sinuciderii.

Raptusul suicidar în stadiul terminal al accesului melancolic este favorizat de următoarele ordonate bio-psihologice :

— ieșirea din starea de perplexitate psihotică precede stingerea anxietății ce alimentează pulsionarea tanatomanică ;

— dezvoltarea unei reacții negative față de insuportabila stare psihotică trăită și de care îi este teamă să nu se mai repete, cît și față de atitudinile peiorative ce consideră că se vor produce din partea grupului social în situația sa de fost și virtual bolnav mintal (îndeosebi în cazul experienței acceselor periodice).

Melancolia cronică se configurează prin prelungirea accesului psihotic sau, mai frecvent, în cazul melancoliei periodice, prin scurtarea excesivă a fazelor de remisiune.

În raport cu particularitățile individuale, melancolia cronică poate evolua sub aspectul unei psihoze depresive torpide oligosimptomatice (melancolia cronică formă simplă) sau ca psihoză delirantă sistematizată, secundară hipertimiei anxioase de fond.

Melancolia cronică formă simplă se caracterizează prin blocaj psihomotor cu torpiditate pînă la stupor, sau cu oscilații anxioase hipocondriace monotone subacute, astfel încît după ani de boală poate da impresia unei discordanțe schizofrenice sau a unei demențe.

Scanned with CamScanner

Spre deosebire de psihozele de involuție cu alură depresivă, secundare unei procesualități cerebrale deteriorante cu slăbirea progresivă a funcțiilor intelectuale, în cazul melancoliei primitive endogene se produce doar o estompare sau o blocare a sagacității, care dispare odată cu remisiunea.

În această ordine de idei, subliniem exemplificativ remisiunea unui stupor melancolic după 18 ani de spitalizare, la o femeie în vîrstă de 63 ani :

...Nu vă pot descrie bucuria tuturor cînd m-au văzut după o suferință de atîția ani de zile. Bineînțeles în urma îngrijirii cu dragoste și devotament pe care am avut-o din partea dv. despre care am povestit la toți și despre care cred că voi povesti și la morți. Cred că să fi fost mama și nu ar fi fost posibil să mă îngrijească mai bine.

Era să vin la Iași la începutul lunii iunie, dar din cauza băiatului la care stau nu am putut pleca. S-a îmbolnăvit grav de o gripă complicată cu pleurezie. I-a scos o jumătate litru apă și iarăși s-a format la loc. Așa că vă dați seama prin ce am trecut iar.

Ce mai faceți ? Abia aștept să pot veni la Iași să vă vizitez, deoarece îmi este dor de toți pe lîngă care am petrecut un sfert din viața mea.

Vă mulțumesc încă o dată pentru tot ce a-ți făcut pentru mine de a mă reda copiilor mei scumpi în starea în care sînt, de care nu s-a așteptat nimeni de a mai avea o mamă, soacră, bunică, la fel rudele și prietenii. Voiam să le rămîn în suflet cu imaginea cum am fost altădată.

Vă doresc din toată inima numai bine și sănătate.

Irina.

Melancolia cronică paranoidă se particularizează prin tipologia predominantă a următoarelor structuri delirante :

— *Delirul melancolic proiectiv* de tip persecutor, în cadrul căruia bolnavii au impresia că sînt bănuiți și urmăriți spre a fi exterminați pentru fapte infamante de o gravitate capitală și cu toate că nu se știu vinovați, trăiesc o permanentă tensiune anxioasă.

— *Delirul melancolic* hipocondriac, predominat de o cenestezie oribilă de putriditate, purulență fetidă, blocajul ireductibil al fecalelor în viscere, sau de transformare a întregului organism în material anorganic friabil, determinîndu-l pe bolnav să se ferească să nu fie atins, ca să nu se pulverizeze.

Această modalitate de trăire melancolică delirantă, atît de frecventă în trecutul convingerilor demoniace, în epoca contemporană se regăsește în nosomania explicativă hipocondriacă despre microbi și boli care nu numai că îl macină pe „El" păcătosul condamnat ispă-

Scanned with CamScanner

şirii, dar pe plan etic îl transformă şi în „criminalul familiei pe care a nenorocit-o prin contaminare".

Delirul melancolic de negaţie (sindrom Cotard). întîlnit fragmentar în orice modalitate delirantă disforică, se poate manifesta (deşi destul de rar, însă cu atît mai exemplificativ) ca o particularitate megalomanică negativă de enormitate nemuritoare, prin aglutinarea cenestopatiei hipocondriace cu proectivitatea persecutorie în contextul durerii morale autoacuzatoare.

Schematizînd, sindromul descris de Cotard, în 1880, s-ar reduce la convingerea ireductibilă a bolnavului că totul concură pentru întreţinerea suferinţei sale veşnice, în care scop corpul rămîne nemuritor, devenind totodată enorm ca însuşi universul, schemă ce aminteşte viziunea misticilor despre imensitatea, veşnicia şi scopul expiator al iadului.

Unul dintre bolnavii studiaţi de noi, afectat de melancolie anxioasă paranoidă, rezuma în felul următor delirul megaloman negativ de enormitate nemuritoare, trăit cu o frică deznădăjduită :

Dacă aş fi tăiat în mii de bucăţele, fiecare părticică ar continua să trăiască spre a suferi la nesfîrşit pentru păcatele făcute.

Ca şi în cazul maniei (şi al oricărei boli psihice în general), diagnosticul stării melancolice necesită o diferenţiere etiologică pe cît posibil mai exactă, întrucît „reacţia" depresivă de faţadă se întîlneşte deosebit de frecvent în viaţa obişnuită.

Analiza structurală psihopatologică relevă că spre deosebire de anxietatea biologică primitivă *tanatofilă* caracteristică melancoliei cu monoideism autoacuzator, în stările nevrotice sau depresive predomină *tanatofobia* relevată prin acuze cenestopatice şi diversitatea preocupărilor obsesivo-fobice, fără alterarea discernămîntului asupra propriei persoane şi a interrelaţiilor sociale.

Decompensarea psihotică melancolică reactivă, declanşată prin şoc emoţional, se diferenţiază atît prin faptul că accesul melancolic endogen se dezvoltă de regulă în afara unor cauze psihogene manifeste, cît şi prin remisiunea rapidă a reacţiei psihotice după ce factorul psihogen determinant îşi pierde semnificaţia.

Psihozele de involuţie conferă un spaţiu larg desfăşurării stărilor depresiv-melancolice endogene cu debut tardiv, favorizat atît prin dezechilibru endocrin şi al nutriţiei cerebrale, cît şi prin diversitatea traumelor psihogene a căror semnificaţie negativă creşte pe măsura avansării în vîrstă.

Melancolia de involuţie este predominată în conţinutul durerii morale de ideea prejudiciului, bolnavul avînd impresia de a fi pierdut totul, că i se înstrăinează bunurile, că nu mai are cu ce trăi etc., evoluţia sa fiind totuşi favorabilă în condiţiile actuale ale terapeuticii psihiatrice.

Scanned with CamScanner

În cazul stărilor melancoliforme secundare unor procese involutive cerebrale, deficitul mnestic predomină procesualitatea psihotică, care se transformă progresiv într-o stare demențială ireversibilă.

Datorită progreselor remarcabile în domeniul bioterapiei psihiatrice, sindromul melancolic endogen beneficiază în prezent de rezultate deosebit de favorabile, atît în ceea ce privește rapiditatea obținerii remisiunii, cît și în evitarea recidivelor, astfel încît în ultimii ani cazurile de cronicizare au devenit excepțional de rare.

Chimioterapia predominant encefalotropă în tratamentul sindromului melancolic se indică pe cît posibil mai diferențiat în raport cu forma clinică de boală și particularitățile substanțelor active energostimulatoare (psihoanaleptice), anxiolitice sau timoleptice, corespunzător criteriilor analizate în partea finală a cărții.

Formele asteno-depresive ale sindromului melancolic cu predominanța catalepsiei psiho-motorii și anxietate moderată (inclusiv melancolia de involuție cu hipertensiune arterială) și în general formele de melancolie endogenă care se însoțesc de o excreție ridicată a cataboliților serotoninei, se pare că ar reacționa mai bine la substanțele inhibitoare ale mono-amino-oxidazelor.

Formele predominant anxioase ale sindromului psihotic melancolic (inclusiv stuporul anxios acut) și în general toate formele de melancolie endogenă cu eliminare redusă sau absentă de compuși hidroxi-indol-acetici ar răspunde mai bine la tratamentul cu substanțele amino-metilate fără efecte inhibitoare asupra mono-amino-oxidazelor, asociate eventual cu neuroleptice majore, electroplexia indicîndu-se acum doar la cazurile cu iminență suicidară sau de cronicizare.

Psihoterapia de susținere prin crearea unui climat de confort și siguranță morală, atît în spital cît și în familie după externare, este tot atît de necesară ca și medicația anxiolitică, solicitînd înțelegere și compasiune pînă la completa stabilizare după episodul psihotic.

*

Ca și în cazul maniei sau altor psihoze endogene, bolnavul afectat de melancolie poate îndeplini în perioadele de remisiune activitatea pentru care este pregătit, pensionarea impunîndu-se doar ca o excepție.

În consecință, cura de spital necesită să fie prelungită la nevoie chiar și pînă la 12 luni, rețelei de medicină generală revenindu-i sarcina de a îndruma cît mai precoce bolnavii afectați de sindrom melancolic în sectorul psihiatric, cît și de a-i urmări și a le susține tratamentul indicat după ieșirea din spital.

Actele cu reflectare medico-legală săvîrșite de bolnavul afectat de melancolie se înscriu în ordonatele anxietății autoexpiatoare, rea-

Scanned with CamScanner

lizîndu-se fie sub forma comună suicidară, fie în variantele excepțional de rare ale exterminării eutanasice a celor apropiați (omucidul altruist, hetero-suicidul). În aceeași configurație expiatoare se înscrie refuzul alimentelor, a îngrijirii, denunțul autoacuzator, dania bunurilor spre iertarea păcatelor etc.

Discutînd despre sinucidere ca fenomen psihopatologic, este necesar să precizăm că acesta nu are o semnificație specifică melancoliei, producîndu-se și în cursul altor psihoze, după cum nu orice sinucidere este totdeauna expresia unui act psihotic.

Încă în 1890, B. Ball preciza faptul, aparent paradoxal, că tendința la sinucidere *este o tulburare care invadează cel mai ușor mințile slabe și aceasta fără nici o intervenție din partea alienației mintale. O contrarietate trecătoare ajunge pentru a o evoca, un vînt favorabil pentru a o risipi.*

Practic vorbind, referindu-ne la dificultățile unei profilaxii reale a sinuciderii, se desprinde — ca un fapt esențial — necesitatea instituirii unui tratament activ, cît mai precoce posibil — inclusiv răspunsul competent la un S.O.S. telefonic — continuat apoi în cadrul unei psihoterapii adecvate un timp suficient de lung, pentru evitarea recidivelor.

Sindromul maniaco-depresiv

Sindromul maniaco-depresiv *se diferențiază ca o particularitate clinică în cadrul psihozelor hipertimice endogene, prin evoluția succesivă (periodică, intermitentă, alternă sau continuă) a crizelor maniacale și melancolice, care se dezvoltă, de obicei, pe un fond ciclotimic constituțional.*

Ciclotimia reprezintă — după cum s-a mai spus deja — o anumită constituție somatopsihică, cu alternanța stărilor de euforie productivă și disforie asteno-depresivă, alternanță care nu depășește însă limitele normalității ideo-afective.

Limitele ciclotimiei circumscriu un spațiu larg între normalitate și psihoza maniaco-depresivă, spațiu ce include pe lîngă diversitatea aspectelor comune și numeroase personalități excepționale ca de exemplu Byron, Schuman, Verlaine, Musset, Goethe, Rossini, Eminescu, London, Maiacovski, Hemingway, Călinescu etc., alternanța ciclotimică determinînd speculațiile despre așa-zisa corelație dintre „geniu și nebunie".

Deși constituția ciclotimică nu implică decompensarea psihotică obligatorie, se întîlnește totuși de obicei ca fond premorbid în cazul bolnavilor afectați de sindromul maniaco-depresiv.

*

Trecerea de la ciclotimia constituțională la psihoza maniaco-depresivă o marchează exaltarea hipertimică euforică sau disforică,

Scanned with CamScanner

concomitent cu alterarea discernămîntului asupra propriei persoane şi a interrelaţiilor sociale.

Frecvenţa cea mai crescută în apariţia PMD se întîlneşte între 30—40 ani, afectînd de predilecţie sexul feminin (pînă la 70% din totalul cazurilor).

Jaques Callot : „Les Bailli".

Exaltarea alternantă a veseliei şi tristeţii, configurează conţinutul hipertimic al psihozei maniaco-depresive.

Diagnosticul de psihoză maniaco-depresivă impune o corelare catamnestică care să ateste alternanţa acceselor maniacale şi melancolice, întrucît semnele stărilor mixte întîlnite eventual în cadrul primului acces nu sînt totdeauna suficiente pentru precizarea evoluţiei ulterioare a psihozei hipertimice endogene (acces unic, manie periodică, melancolie periodică sau psihoză maniaco-depresivă).

Precizarea diagnosticului de sindrom maniaco-depresiv are în primul rînd o valoare prognostică, cunoscîndu-se evoluţia sa prin definiţie recidivantă.

Spre deosebire de mania sau melancolia periodică, în cazul p.m.d. fazele de remisiune devin cu siguranţă tot mai scurte pe măsura repetării acceselor, astfel încît odată cu îmbătrînirea se

Scanned with CamScanner

poate instala o stare psihotică circulară, însoțită uneori și de o scădere a capacității intelectuale.

În ceea ce privește evoluția, s-ar părea că prognosticul devine mai rezervat în cazul cînd sindromul maniaco-depresiv apare încă din stadiul juvenil.

Terapeutica sindromului maniaco-depresiv se orientează simptomatic în funcție de alura accesului psihotic (de tip maniacal sau melancolic), în ultimul timp apărînd noi speranțe în legătură cu posibilitatea preîntîmpinării acuității acceselor cu ajutorul medicației antipsihotice diferențiate, enunțată la capitolul medicația „psihotropă".

*

Opiniile etiologice contemporane converg spre concluzia că psihozele hipertimice, și îndeosebi sindromul maniaco-depresiv, comportă un determinism genetic la cca. 50% din familiile respective, determinism care poate ajunge pînă la peste 95% în cazul gemenilor homozigoți.

După cum am insistat deja, noi considerăm că nu se moștenește boala mintală ca atare, ci o anumită constituție somatopsihică ce permite la un moment dat atît decompensarea psihotică, cît și compensarea (remisiunea) spontană.

Observațiile clinice atestă faptul că „biotipul" picnic (care se asociază de regulă cu un temperament sinton extravertit-expansiv) se întîlnește într-o proporție de peste 60% în cazul p.m.d., iar cercetările neurofiziologice atestă rolul preponderent al diencefalului în reglarea tonusului instinctiv-emoțional, atît de evident perturbat în psihozele endogene.

Studiul experimental al psihismului subcortical începe cu cercetările lui Cannon și Britton, 1925—1926, 1928, Ranson, Masserman, Weatlay 1939—1944 etc., care au descris atît comportamentul de furie agresivă prin eliberarea sau excitarea hipotalamusului, cît și imposibilitatea provocării acestei stări după distrugerea zonelor respective. Concomitent cu aceste studii, Hess, și după el alți cercetători, au provocat la pisici furia, foamea sau somnul prin excitarea sau distrugerea unor anumite zone din hipotalamus.

Observațiile clinice au arătat pe de altă parte că tumorile, infecțiile și hemoragiile localizate la nivelul zonei ventricolului III se pot însoți de hipertermie și excitație psihomotorie de tip maniacal. De asemenea, tulburările de tip maniacal pot să apară abrupt în timpul tracțiunilor chirurgicale pe hipotalamus, după cum manipulările pe regiunea tuberculilor cvadrigemeni provoacă pierderea cunoștinței și somnul.

Scanned with CamScanner

Perturbarea ritmului funcțional al hipotalamusului (ale cărui corelații dinamice cu rinencefalul, hipofiza, substanța reticulată, talamusul și cortexul lobilor frontali sînt bine stabilite), pare a fi *primum movens* în declanșarea accesului maniacal, în cursul căruia eretismul neuro-endocrino-umoral poate să ajungă — în extremis — pînă la dereglarea profundă caracteristică diencefalozei azotemice.

Studiile experimentale și observațiile clinice nu au reușit să precizeze zone encefalice prin afectarea cărora să se producă în mod selectiv fenomene de tip melancolic, cu durere morală autoacuzatoare caracteristică. Se remarcă totuși că lezările segmentului posterior diencefalic și ale bulbului se însoțesc de hipotermie, atonie și neliniște pînă la frică, iar studiile de psiho-neuro-farmacodinamie indică o reactivitate diferită la medicația encefalotropă în ceea ce privește componența maniacală și melancolică.

Pe de altă parte, cercetările homeostazice coroborate cu cele farmaco-dinamice, relevă o creștere exagerată a toleranței la glucoză în manie, care contrastează cu melancolia — unde curba hiperglicemiei provocate revine tardiv la normal ; în manie se elimină de trei ori mai multă adrenalină comparativ cu melancolia, iar 5 HT este mai crescut în creier (Tissot), în timp ce la melancolici scăderea 5 HIA ar fi chiar proporțională cu gradul depresiei (Aschroft, Crawfort). În sfîrșit, în manie sodiul rezidual s-a găsit crescut cu 200% față de normal, comparativ cu melancolia unde creșterea este de numai 50%, scăderea masei lichidiene la depresivi fiind de asemenea bine stabilită de Kiley și Orme cu apă marcată cu tritiu *.

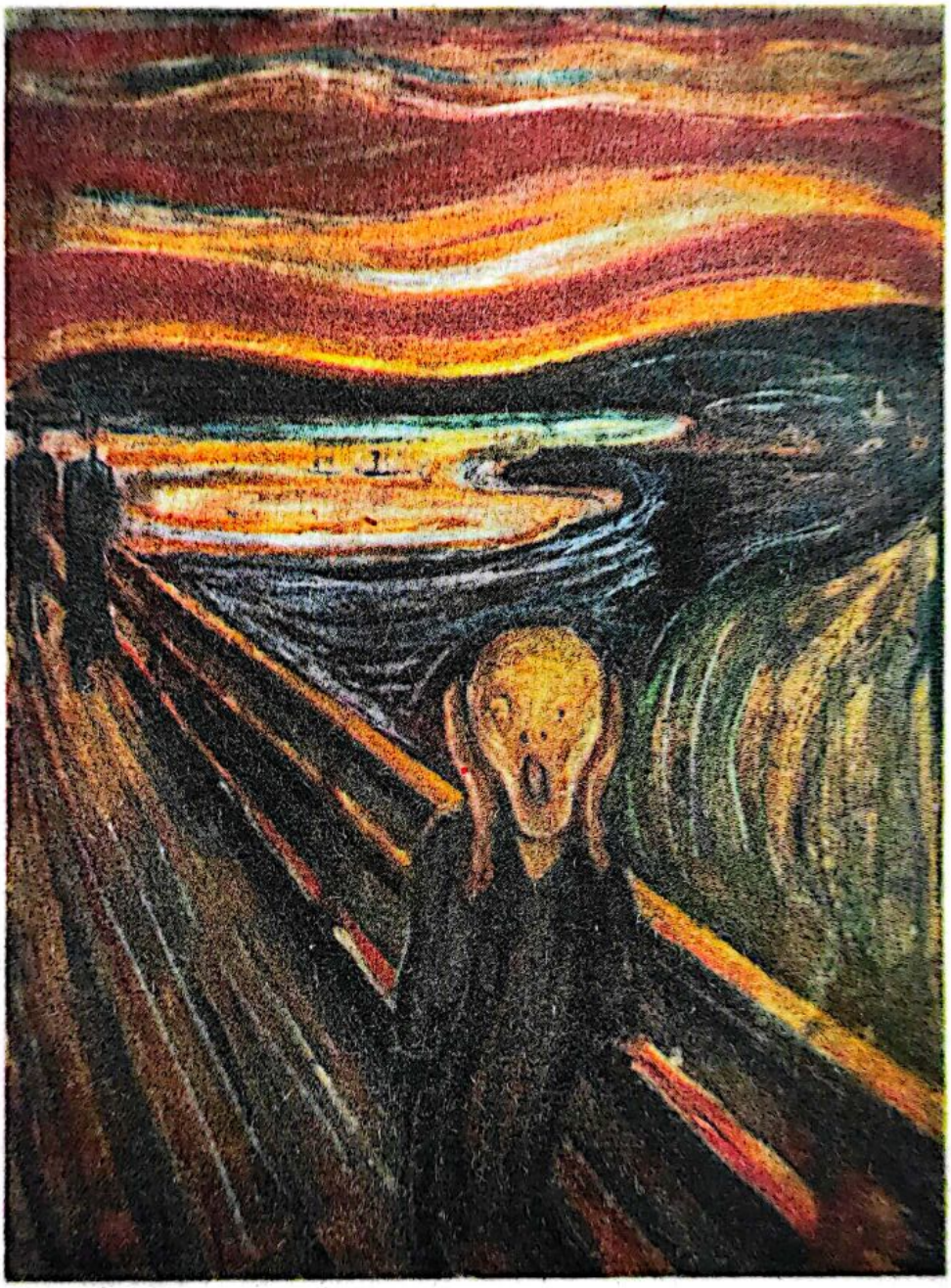
Ar rezulta deci, că nu există încă suficiente argumente psihofiziologice care să pledeze convingător pentru sau contra interpretării maniei și melancoliei ca modalități de reactivitate ale aceleiași entități maniaco-depresive, situație ce ne determină să continuăm a privi ca particularități diferite ale psihozelor hipertimice endogene mania, melancolia și sindromul maniaco-depresiv.

---

* P. Brânzei, Gh. Balan : *Contributions a l'étude de l'influence du carbonate de lithium sur l'évolution des psychoses hyperthymiques.* Acta Psychiatrica Belgica, 1974, pp. 241-253.

Scanned with CamScanner

— autism constituțional, stare schizoidică și solipsism morbid; psihoza hipotimică discordantă — boală endogenă sau sindrom reactiv



Edvard Munch: „Țipătul", 1893. (Muzeul Munch — Oslo)
Autosimbolism al spaimelor înstrăinării

Istoria consemnează stranietatea unor tineri, care în epoca actuală ar fi considerată drept o manifestare a schizofreniei, ca în cazul adolescentului paricid „Oreste cel urmărit de Erinii", al mucenicului Simion „Stîlpnicul" (deoarece a stat nemișcat pe un stîlp pînă a murit), al misteriosului Ignațiu de Loyola, întemeietorul ordinului iezuiților, sanctificat pentru frecventele sale convorbiri cu

Scanned with CamScanner

divinitatea, sau al bizarului Selivanov, proslăvit de sectanții săi pentru găsirea mîntuirii prin castrare etc.

Bizara înstrăinare a fost descrisă ca o particularitate a bolilor mintale, în 1672, de către Willis, comentatorul situației acelor copii dotați cu un spirit strălucitor care, ajunși la adolescență, cad într-o stare de obtuzie și năucire.

Remarca lui Willis despre *strania stupiditate apărută la adolescență*, a fost confirmată, după un secol, de marele clinician Sydenham, spre a fi apoi conturată cu mai multă amploare de către Pinel (1809), Esquirol și Spurzheim (1818), ei descriind-o sub denumirea de *Idiotism accidental sau cîștigat*, iar Klouston sub cea de *nebunie a adolescenței*.

B. A. Morel, eminentul psihiatru francez, descrie cu o remarcabilă exactitate, în perioada 1850—1860, sub denumirea de *Demență precoce*, aspectele variate ale *stupidității juvenile*, de la benignitatea înșelătoare pînă la dezorganizarea mintală cronicizată cu faze de agitație și torpoare, tulburări mintale pe care le considera a fi generate de o epuizare cerebrală juvenilă de natură constituțională, manifestare tardivă a degenerescenței ereditare.

Karl Kahlbaum, întemeietorul școlii de la Görliz (Germania), delimitează în 1863 sub denumirea de *parafrenia haebetica* o psihoză puberală cu evoluție incurabilă, în cadrul căreia elevul său Hecker diferențază, în 1871, *hebefrenia*, nebunia juvenilă (Hebe — zeița tinereții, frenitis — nebunie).

Kahlbaum descrie apoi, în 1874, *catatonia*, cu predominența fenomenelor particulare de blocaj motor și evoluție psihotică posibil mai benignă.

Deși Kahlbaum diferențiază clinic hebefrenia de catatonie, remarca totuși caracterul lor de grup în cadrul psihozelor puberale, pe care le considera — spre deosebire de Morel — a fi determinate de cauze exogene debilitante ale creierului (ca surmenajul și onanismul). Datorită observațiilor ulterioare privind evoluția hebefreniei, Kahlbaum diferențiază, în 1886, alături de hebefrenia gravă cu evoluție ireversibilă, o formă clinică cu evoluție mai benignă, pe care o denumește *heboidofrenie* caracterizată — în primul rînd — prin tulburări de caracter la tineri cu o „constituție heboidă" (care ar corespunde noțiunii actuale de psihopatie schizoidă).

Concepția lui Kahlbaum despre caracterul exogen al psihozelor puberale („parafrenia haebetica") a fost criticată de la început de Emminghaus, Kraft-Ebing, Griesinger, care considerau, ca și Morel, că aceste psihoze se dezvoltă, de obicei, pe un anumit teren slăbit congenital, pubertatea constituind doar o coincidență sau un factor favorizant în apariția „demenței precoce".

Unii dintre comentatorii lui Kahlbaum, ca Fink Aschaffenburg, Mens, Suhanov, Magnan, considerau, de asemenea, catatonia și he-

Scanned with CamScanner

befrenia ca sindroame apropiate, iar Ballet, Dupré, Regis etc. le descriau, ca și majoritatea clinicienilor contemporani, sub denumirea unitară de forma hebefreno-catatonică a „demenței precoce".

Delimitarea cadrului nosologic al demenței precoce (denumită mai tîrziu schizofrenie) a fost realizată de Kraepelin în epoca 1890—1912 prin reunirea în noțiunea de *dementia praecox* a hebefreniei și catatoniei, cît și a psihozelor delirante sistematizate, remarcînd că același bolnav poate manifesta toate aceste modalități psihotice în cursul evoluției bolii sale, după cum în aceeași familie mai mulți membri pot prezenta aspecte diferite ale bolii.

Concepția lui Kraepelin despre demența precoce apare a fi influențată inițial de Kahlbaum, deoarece ca și acesta o considera drept o psihoză puberală provocată prin factori exogeni (biogeni și psihogeni), care duc la slăbirea funcțiilor intelectuale și afective.

Concepția lui Kraepelin despre demența precoce a provocat o vie reacție și critici ascuțite din partea unor mari psihiatri ca Ballet, Chaslin, Régis, Korsakov, Serbski, Maynert etc., datorită cărora s-a ajuns la o primă clarificare a acestei noțiuni atît de controversată, precizîndu-se următoarele date fundamentale :

— demența precoce nu este propriu-zis precoce, deoarece deși debutează cu cea mai mare frecvență la persoanele tinere, se poate întîlni și la adulți ;

— demența precoce nu constituie o demență propriu-zisă deoarece se poate vindeca spontan, iar evoluția sa cronicizată nu provoacă în mod caracteristic o demențiere propriu-zisă, adică o deteriorare a funcțiilor de cunoaștere.

Ceea ce se denumea în mod impropriu demență, constituia de fapt starea psihopatologică particulară denumită de V. A. Kandinski *ideofrenie* (1882), S. Korsakov *disnoia* (1891), Erwin Stranski *ataxie intrapsihică* (1904), Urstein *dizarmonie intrapsihică* (1907), E. Bleuler *schizofrenie* (1911), Chaslin *psihoză discordantă* (1912), pe toți acești mari clinicieni impresionîndu-i — în primul rînd — ca și în cazul predecesorilor Morel, Kahlbaum, Kraepelin, *demodularea hipotimică* de care este afectată personalitatea acestor bolnavi.

În sfîrșit, integrarea delirurilor cronice sistematizate (paranoia sau delirul cronic halucinator) în forma paranoidă a demenței precoce este considerată ca nepotrivită, datorită diferențelor calitative ale acestor psihoze.

În urma schimbului critic de opinii, Kraepelin procedează la revizuirea conceptului său inițial, precizînd că în cazul demenței precoce nu este vorba în realitate de o demență propriu-zisă prin deteriorarea funcțiilor de cunoaștere, ci de o *parademență afectivă*. Totodată, referitor la integrarea delirurilor cronice halucinatorii în cadrul *demenței precoce paranoide*, Kraepelin revine diferențiind

Scanned with CamScanner

grupul *parafreniei* pe care îl consideră însă a fi în corelație strînsă cu *demența precoce*, spre deosebire de *paranoia*.

Referitor la criteriul diferențierii etiopatogenice al demenței precoce, Kraepelin și adepții săi au menținut conceptul lui Kahlbaum despre caracterul preponderent exogen ai acestei boli, în timp ce școala franceză susținea conceptul eredo-constituționalist enunțat de Morel.

Între aceste opinii aparent opuse, eclecticii, reprezentați în primul rînd prin Emmanuel Régis, recunosc atît posibilitatea unor forme constituționale ale d.p. cu evoluție cronică ireversibilă — îndeosebi în cazul formei hebefrenice, cît și ale unor forme exogene de natură toxi-infecțioasă cu debut confuzional și evoluție mai favorabilă, de obicei forme catatonice.

În controversatele discuții privind „dementia praecox", intervine conceptul novator despre *schizofrenie*, lansat în 1911 de profesorul Eugen Bleuler, directorul spitalului de psihiatrie „Burghölzi" din Zürich.

Conceptul despre „schizofrenie" este sintetizat de Bleuler prin însăși delimitarea care o dă acestei noțiuni, al cărei sens etimologic se referă la disociația intrapsihică :

> *Cu numele de Dementia Praecox sau Schizofrenie, delimităm o grupă de psihoze ce evoluează cînd cronic cînd în pusee, care poate să se oprească sau să retrocedeze în orice stadiu, dar care nu permite o restitutio ad integrum complexă. Ea este caracterizată printr-o alterare a gîndirii, afectivității și a relațiilor cu lumea din afară, avînd un aspect specific care nu apare în altă parte* *.

Aspectul specific al schizofreniei, „neîntîlnit în alte psihoze", este identificat de Bleuler în dislocarea capacității asociative provocată de „autismul" bolnavului care-și creează o lume proprie, ruptă de realitate, „baricadă" în spatele căreia el „manifestă o sensibilitate paradoxală".

Asemănător contemporanului său Philippe Chaslin, care folosea termenul de *psihoză discordantă*, Eugen Bleuler identifică nucleul psihopatologic disociativ (denumit de Kraepelin „parademență afectivă") în friabilitatea și demodularea instinctiv-emoțională a schizofrenilor, *paratimie* pe care Dide și Guiraud aveau să o denumească *atimhormie*, Minkovski *pierderea elanului vital* și pe care mai recent o serie de autori, în frunte cu Guiraud, o echivalează cu noțiunea de *hipotimie* **.

---

* E. Bleuler : *Dementia praecox oder grupper der schizofrenia.* Handbuch der psychiatrie (Herausgegeben von prof. G. Asaffenburg), 4 Abt., 1 H., p. 6, 1911.

** Thumos = dispoziție, tonus afectiv bazal.

Scanned with CamScanner

Noțiunea de schizofrenie a cunoscut o difuziune explozivă în întreaga lume după 1920, atît pentru noutatea, eleganța și expresivitatea sa terminologică lapidară, cît și pentru facilitatea utilizării ei pe un vast teritoriu psihopatologic, începînd cu acceptarea „schizofreniei vera" ca noțiune sinonimă cu „demența precoce" de natură constituțională și terminînd cu interpretarea schizofreniei ca „modalitate de reacție la contradicțiile dintre individ și societate".

Punctul de vedere antinosologist despre schizofrenie înțeleasă ca o reacție la dificultățile de adaptare, ajunge apoi să fie interpretat, după 1940, de către unii neofreudiști * în sens existențialist, adică doar ca *un tip de participare în procesul social și nu o boală rezidînd în interiorul persoanei respective* (Binswanger, Minkovski, Heidegger, Sullivan, Arietti etc.).

Pe de altă parte, unii nosologiști excesivi, plecînd de la sindroamele (formele clinice de manifestare) fundamentale ale bolii schizofrenice și a procesualității sale, au împins analiza psihopatologică atomistică pînă la pulverizarea cadrului nosologic într-o multitudine de cioburi, dintre care, fiecare luat în parte, constituie doar un simptom sau un instantaneu evolutiv. Astfel, de exemplu, Leonhard ajunge să delimiteze, în 1957, nu mai puțin de douăzeci de sindroame (subdiviziuni) schizofrenice sistematizate și nesistematizate, simplu sistematizate sau combinate.

Extinderea excesivă a conceptului despre schizofrenie — cît și neconcordanța clinicienilor asupra acestui punct de vedere — se reflectă în frecvența diagnosticului de schizofrenie care variază de la o țară la alta, de la un spital la altul în aceeași țară și chiar între secțiile aceleiași unități, de la 9% pînă la peste 50% din totalul bolnavilor asistați.

Folosirea nejustificată a diagnosticului de schizofrenie pentru o stare nevrotică, o decompensare ruminativă psihastenică, un comportament dizarmonic psihopatic sau o reacție depresiv-melancolică, constituie pentru cei în cauză o grea lovitură afectivă, marele public reținînd o părere deosebit de negativă față de noțiunea de schizofrenie. În aceste condiții, pentru evitarea traumei afective, nu rareori psihiatrii sînt nevoiți să recurgă la folosirea unor termeni mai puțin uzați în definirea noțiunii de schizofrenie. Astfel, în ultimul deceniu, s-a extins folosirea nediferențiată a diagnosticului de sindrom discordant, al cărui sens ar trebui să se refere, după opinia noastră, doar la reacții psihogene de tip schizofreniform.

---

* S. Freud interpreta schizofrenia ca fixație libidinală narcisică în stadiul infantil de autoerotism cu imaturarea Egoului, care determină ruperea de realitate și imposibilitatea transferului psihanalitic. Neofreudiștii interpretează schizofrenia ca o „nevroză" ce permite un transfer psihoterapic pozitiv", situație care presupune — indiscutabil — pierderea limitelor sale ca psihoză.

Scanned with CamScanner

Analiza plurifactorială bio-psiho-socială a fiecărui bolnav luat în parte contribuie totuşi la sesizarea schizofreniei ca psihoză hipotimică discordantă — încă de la debutul ei, de către orice omnipractician orientat asupra problemelor fundamentale de psihiatrie, sesizare a cărei importanţă se va reflecta nemijlocit asupra rezultatelor terapeutice, condiţionate în largă măsură de precocitatea tratamentului. Pentru acest considerent, insistăm în continuare asupra procesualităţii schizofreniei.

Schizotimie sau autism temperamental

Sub denumirea de „schizotimie", *E. Kretschmer a căutat să delimiteze, în 1920, acele structuri temperamentale „nepatologice" cu tendinţă la închiderea în sine, „intravertite" cum le denumise K. Jung în 1907, sau „autiste" în limbajul bleulerian, atît de evident diferite de tipul* „sinton" *(extravertit), ce se acordează psihomimetic cu anturajul.*

Persoana cu temperament constituţional de tip schizotim, distantă şi aparent inafectivă, ascunde de obicei o sensibilitate deosebită, nu rareori „sublimată" în căutări şi realizări abstractizate. Retras sau ursuz, perseverent sau încăpăţînat, adeseori suspicios, predispus la abstractizare şi sistematizare, poate să ajungă pînă la rigiditate conformistă. Neabătut de la o conduită exemplară autoimpusă ce vizează perfecţiuni adeseori utopice şi totodată fragil în competiţia pragmatică, schizotimul acumulează nesatisfacţii care se descarcă uneori exploziv în contrast cu timiditatea sa aparentă.

Cînd dispoziţia constituţională intravertită (autistă) se transformă în izolare şi dezadaptare socială, iar preocuparea imaginativ-meditativă în dispragmatism, normalitatea schizotimă devine demodulare schizoidă **, decompensarea psihotică schizofrenică manifestîndu-se pe măsura clivajului ideo-afectiv şi apragmatizarea conduitelor de adaptare.*

Stări schizoidice şi solipsism morbid

Zona demodulărilor schizoidice — cuprinsă între schizotimia temperamentală şi psihoza discordantă — a fost diferenţiată sub

---

* Recunoscînd meritele oamenilor de ştiinţă în delimitarea particularităţilor tipologice, se cuvine să reamintim că cea mai pregnantă descriere a schizoidului a fost realizată totuşi de Cervantes, la începutul sec. XVII, în persoana romanescului său Don Quijote, „Cavalerul tristei figuri", leptosomul intravertit în lumea sa fictivă pînă la derealizare, care se detaşează cu atît mai caracteristic prin contrastul ce i-l crează Sancho Panza, picnicul sinton-extravertit, tipologie atît de expresiv caricaturizată de H. Daumier.

Scanned with CamScanner

denumirea de „heboidie“ *(K. Kahlbaum),* „stare schizozică“ *sau* schizomanie“ * *(H. Claude),* „psihopatie schizoidă“ *(K. Schneider),* „sindrom discordant“ *(P. Abely).* Autorii menționați insistă asupra faptului că stările morbide schizofreniforme menționate au un caracter psihopatic constituțional (cu evoluție continuă sau remitentă).

Stările schizofrenoide nu pot fi totuși *comprimate* — în totalitatea lor — în cadrul psihopatiei (a cărei particularitate dizarmonică noi o denumim „schizopatică“), deoarece în cuprinsul acestora se plasează de asemenea și fenomene nevrotiforme, paranoiace sau prepsihotice încă insuficient diferențiate evolutiv.

Deși schizotimia temperamentală și stările morbide schizoidice — permanente sau remitente — nu constituie trepte obligatorii în evoluția psihozei discordante, unele din particularitățile acestor stări, și îndeosebi introvertirea autistă, se întîlnesc totuși mai frecvent în structura premorbidă a bolnavilor afectați de schizofrenie.

În acest sens, redăm exemplificativ auto-observația unui bolnav afectat de schizofrenie (redactată în cursul ameliorării obținute prin tratament), din care se desprinde dramatica demodulare progresivă de la autismul constituțional la starea schizoidică (schizofrenoidă), și apoi decompensarea psihotică discordantă hipotimică.

Autism structural premorbid

Încă din fragedă adolescență am fost atras de un oarecare mister vital.

Fenomenele cosmogonice mi le-am explicat de timpuriu; natural prin studiu. Ateismul precoce m-a salvat de problema unui Dumnezeu. Mi-a rămas doar sufletul omenesc în general. Timiditatea m-a îndepărtat de oameni (în sens relativ) și m-a determinat la un studiu livresc și la o monstruoasă introspecție: maxima, „Cunoaște-te pe tine ca să cunoști pe alții“ îmi stăpînea în mod despotic conștiința.

În perioada 12—18 ani citeam tot ce întîlneam. Cred că aviditatea mea gnoseologică este motivul principal care m-a adus în situația în care mă găsesc. Parcurgeam mii de pagini ca să găsesc scena sau personajul (citeam numai literatură) care să-mi satisfacă caracterul meu ciudat. În viața unui orășel de provincie nu găseam situații care să mă mulțumească. Și astăzi încă nu pot să-mi explic cum am putut să-mi formez un ideal atît de deosebit de viața care mă înconjura: m-am născut doar la țară.

---

* Spre deosebire de H. Claude, școala psihiatrică de la Iași folosește, sub impulsul prof. L. Ballif, în unele situații particulare, diagnosticul de *schizomanie* și *schizomelancolie* spre a defini astfel prezența nucleului hipertimic în cadrul unei sindromatici disociative.

Scanned with CamScanner

Deci căutam cu orice preț ceva adecvat idealului meu de viață sau ceva tangențial. Concomitent cu aceste lecturi îmi analizam minuțios toate fenomenele mele psihice. De la 17 ani mi-am format un concept nebulos despre „individul creator", de caractere bizare în artă. Căutam în conștiința mea dacă am posibilități imaginative ca să creez asemenea caractere. Ce ciudat să am în minte noțiunea acestui „individ creator" și să caut tot în conștiința mea dacă pot să găsesc însușirile acestui „individ creator".

Însă nenorocirea era că nu le găseam sau mi se părea că nu le găsesc.

Și a început, e „greu de mărturisit", neîncrederea în capacitățile mele.

Aveam momente în care doream cu sinceritate să mă avînt în neant ; pentru că o viață obișnuită nu mă atrăgea.

Noroc de anumite momente (numite pe rusește plati) în care imaginația îmi crea „situații" pe care le visam cu atîta ardoare.

Amintirea acestor „situații" mă susținea în crizele grele.

Aceste bizarerii mă preocupau în așa măsură, încît nu mai puteam să trăiesc ca un tînăr obișnuit.

N-am mai putut să urmez nici cursurile de liceu.

Nu puteam să ascult lecțiile predate de profesori, deoarece eram preocupat de „halucinațiile" mele.

Prin clasa 8 (sistem actual) m-am retras în particular invocînd diferite șiretlicuri.

Și m-am retras într-o singurătate de sihastru.

Curios e că toate speculațiile mele le învăluiam în cel mai profund mister.

Nimeni, nici chiar părinții nu cunoașteau preocupările mele.

Cînd apăream în viață jucam teatru.

Celor care m-au cunoscut le-am lăsat impresii contradictorii.

Comportările mele nu dovedeau un caracter unitar ci se luau după situații.

Căutam cu tot posibilul să mă ascund sub diferite scene improvizate întîmplător.

Desigur am fost de multe ori ridicol.

M-am închis sub o carapace unde fabricam idei neobișnuite.

Astfel mi-am torturat conștiința pînă la epuizare.

Treceau zile fără să fiu capabil de nimic...

Doream să termin cît mai repede liceul (pe care l-am dat tot în particular) ca să plec la facultatea de filologie unde doream să-mi explic toate frămîntările mele.

Unde credeam c-am să pot primi ajutorul necesar, m-am ales cu cea mai mare dezamăgire.

Scanned with CamScanner

Programul era complet străin de preocupările mele și în plus cursurile obligatorii.

Să renunț, să mă consolez în Dumnezeu prin călugărie?

Eram ateu.

Stări de zbucium pe care poate peste mulți ani le voi putea explica.

Retras iar în singurătate, cu întreținere slabe de către părinți, am început în mod serios studiul tuturor literaturilor și al filozofiei, m-am apucat să învăț limbile străine (încă de la 17 ani) pentru a înțelege poezia străină.

Însă satisfacțiile erau tot mai puține și neîncrederea creștea.

Nu aveam pe nimeni să mă încurajeze deoarece nu m-am destăinuit nimănui...

Deci un mare conflict, un mare dislocat în cariera mea...

Decompensarea schizoidismului
în psihoză hipotimică discordantă

Am ajuns la 21 ani îmbătrînit sufletește, cu idealul încă în ceață, cu nervii zdruncinați.

Mă mir că încă conștiința mea nu a ieșit din normal.

Poate că exercițiul intelectual început de foarte timpuriu mi-a călit-o atît de mult încît greu poate fi înlocuită *.

Totuși mi-au rămas cele întîmplate care mă stînjeneau de la o viață normală.

Un fenomen patologic: *Nu mă impresionează imediat o anumită scenă uitată chiar dacă are legături strînse cu mine.*
Nu pot să acționez conform scenei, desigur că acționez însă neadecvat. Scena îmi revine însă în „momente neprevăzute" cu o intensitate mărită (aceasta după o săptămînă, cîteva luni sau un an).

Eu cred că sînt atît de sensibil și percepția este atît de puternică încît după o oarecare liniștire pot s-o sesizez în mod relativ obișnuit.

Datorită acestui fenomen nu pot să mă comport normal în relațiile sociale.

Permanentizarea unei scene în care nu mă simt bine (și în general îmi displac situațiile mediocre din viață) îmi aduce conștiința într-o stare de placiditate completă și într-o gravă stare de nervi care-mi provoacă dureri de cap interminabile.

Cred că am fost predestinat pentru contemplare în viață, fără să mă pot amesteca în vîrtejul ei.

P. („fost bolnav")

---

* De reținut disimularea solipsismului halucinatoriu la bolnavii afectați de schizofrenie, mai ales în stadiile de ameliorare.

Scanned with CamScanner

Psihoza hipotimică discordantă (schizofrenia)

Deşi psihoza hipotimică include comportamente polimorfe în raport de procesualitatea bolii, se diferenţiază totuşi unitar faţă de alte psihoze printr-o bizară înstrăinare afectivă de la condiţia umană, funcţiile de cunoaştere fiind în acelaşi timp eventual intacte atunci cînd sînt analizate fiecare în parte, însă obligatoriu dezorganizate în contextul logic al gîndirii, particularitate care i-a atras denumirea de parademenţă afectivă (E. Kraepelin), schizofrenie (E. Bleuler), sau psihoză discordantă (Ph. Chaslin).

Habitusul schizofrenilor este predominat de biotipul leptosom, în contrast cu biotipul picnic care predomină în cazul psihozei maniaco-depresive.

Dismorfismele, deşi statistic nesemnificative, se întîlnesc totuşi cu frecvenţă mai crescută la bolnavii afectaţi de schizofrenie : modificări de talie, formă sau implantare a urechilor şi dinţilor, plicaturarea tegumentelor capului sau creastă sagitală craniană etc. ; disfuncţii vegetative cu acrocianoză şi denivelări vasculare hipotone, seboree, transpiraţie cu miros particular, microsplanhnie, hipogonadism.

Comportamentul schizofrenului se distinge prin neglijenţă, preferinţă la solitudine şi vagabondaj, colecţionism bizar, zîmbet „giocondic" depersonalizat, stereotipii de atitudine şi limbaj, poziţii de „ascultare" sau de „apărare" halucinatorie.

În relaţia directă, dacă i se întinde mîna pentru salut ignorează gestul, sau îl efectuează lipsit de comuniune afectivă ; pus în situaţia să poarte o discuţie, de obicei nu-şi priveşte interlocutorul, deşi îl scrutează pe furiş ; dă răspunsuri în silă, alăturea cu subiectul discuţiei, caută să termine cît mai repede convorbirea, eventual prin plecare sau retragere în mutism. Schizofrenul paranoid (care poate manifesta uneori o grijă pedantă pentru ţinută), se antrenează de obicei cu mai multă uşurinţă în discuţie, în cursul căreia, *ermetic*, suspicios sau cu emfază pseudo-hipertimică, afirmă o tematică delirantă descusută şi în esenţă persecutat-persecutorie, neînduplecarea delirantă încapsulată contrastînd cu supunerea pasivă hipotimică în care se complace, exceptînd crizele de agitaţie.

Datele ecologo-epidemiologice relevă că schizofrenia afectează în egală măsură ambele sexe, indiferent de rasă, unii autori susţinînd totuşi o incidenţă mai crescută la populaţia nordică. În acelaşi timp, se remarcă un coeficient mai crescut de morbiditate prin schizofrenie la populaţia pauperă din aglomerările urbane. *Observaţiile noastre consemnează, în plus, indici de creştere manifestă a psihozei discordante în primele decade ce au urmat după cele două războaie mondiale, consecutiv sumării noxelor endo-exogene ce fa-*

Scanned with CamScanner

vorizează decompensarea encefalodistrofiei constituționale, pe fondul căreia se dezvoltă schizofrenia ca boală a întregului organism *.

Arta schizofrenilor ilustrează disfuncția sau regresia psihică și stranietatea într-o asemenea măsură, încît alimentează suculent

Antropomorfism și pustiire afectivă
(Apud M. Outtier-*Essentialia*, 1968)

---

* P. Brânzei : *Contribuții la studiul fiziopatologiei schizofreniei.* Rez. Jurn. Korsakov, 1963.
P. Brânzei : *Contribuții la studiul etiopatogeniei și fiziopatologiei bolii schizofrenice.* Rez. conf. naț. București, 1964.
Id. rez. congr. IV mondial de psihiatrie, Madrid 1965.

Scanned with CamScanner

preocupările pentru studiul psihopatologiei expresiei, după cum modalitățile de exprimare a trăirilor discordante constituie și o sursă de inspirație pentru unii artiști dornici de originalitate cu orice preț.

Debutul schizofreniei are de regulă un caracter insidios și se produce cu maximum de frecvență între 17 și 30 ani.

Debutul psihozei discordante se produce în mod excepțional înaintea pubertății, fără a se exclude însă formele precocissime, apărute încă din copilărie și apoi eventual confundate cu oligofrenia, mai ales cînd au caracterul „schizoform" de limită („border-line").

Apariția schizofreniei după 30 ani este de asemenea cu mult mai redusă, procesualitatea clinică avînd totodată un caracter predominant paranoid, în prezența unei autoconducții relativ satisfăcătoare *.

*Procesualitatea psihozei hipotimice discordante se diferențiază clinic prin coexistența obligatoriu corelată a solipsismului **, negativismului și disnoidismului.*

Sindromul solipsist exprimă descompensarea psihotică hipotimică a trăirilor autistice, obiectivată prin înstrăinarea de la condiția umană și structurarea unor criterii false despre lume și propria persoană, datorită dezorganizării armoniei funcțiilor asociativ-integratoare ideo-afective și somatognosice.

Sindromul negativist încorporează atît totalitatea simptomelor psihopatologice „pasive" de tipul „ataxiei intra-psihice" prin destructurarea funcțiilor psihomotorii superior diferențiate și eliberarea unor activități posturale elementare, cît și fenomenele de negativism sau „opoziția activă", consecutive nihilismului de atitudine.

Negativismul, ca manifestare psihotică, nu are nimic comun cu „refuzul" sau „protestul" persoanelor normale ce acționează și se determină liber față de propriile trăiri. Mai exact spus, bolnavul *nu poate* să se comporte altfel, spre deosebire de normalul care *hotărăște deliberat* să se manifeste într-un anumit mod.

„Negativismul pasiv", modulat de la preumblarea fără adresă și pînă la atitudini posturale fetale, delimitează clinic în primul rînd forma catatonică a schizofreniei. Negativismul pasiv este totuși

---

* Unii autori reunesc sub denumirea arbitrară de *schizofrenie tardivă*, diverse stări psihotice apărute la o vîrstă mai înaintată (psihoze endogene atipice, deliruri sistematizate, psihoze exogene, de involuție etc.), clasificare ce nu rezistă totuși la o analiză mai atentă referitor la corelarea lor cu sindromatica fundamentală a schizofreniei.

** Solipsism = solus — singur, ipse — sine („singur cu sine însuși"). Noțiunea nu este folosită aici în sensul său filozofic idealist, ci în sensul concret al patologiei mintale :

bolnavul este convins că trăirile sale fantasmice sau experiența sa delirantă constituie însăși realitatea obiectivă, datorită destructurării conștiinței pînă la pierderea discernămîntului asupra propriei persoane și a interrelațiilor cu lumea înconjurătoare.

Scanned with CamScanner

atît de intim întreţesut cu solipsismul, încît examenul relevă de regulă forma hebefreno-catatonică a schizofreniei.

„Negativismul activ“ (nebunia contrariului sau nihilismul de atitudine), cu semnificaţie paralogică de refuz sau de protest, racordează în mod caracteristic hebefreno-catatonia cu disnoidismul formei paranoide a schizofreniei.

Sindromul disnoic exprimă o valenţă psihopatologică nesaturată între solipsism şi negativism (care transpune în cuvinte sau sugerează prin atitudini şi conduite trăiri şi interpretări false despre propria persoană, lume şi viaţă), ce rezultă prin disociaţia gîndirii şi demodularea afectivităţii, configurînd astfel *paranoidismul schizofrenic.*

Solipsismul, negativismul şi disnoidismul se întrepătrund, completîndu-se reciproc în procesualitatea psihozei hipotimice discordante, predominenţa unuia dintre aceste sindroame psihopatologice diferenţiind totodată, în procesualitatea clinică, forma hebefrenică, catatonică sau paranoidă a bolii schizofrenice.

În acest scop, exemplificativ, redăm sinteza observaţiei unui bolnav din care rezultă întrepătrunderea solipsismului, negativismului şi paranoidismului în procesualitatea bolii schizofrenice :

B. St. în vîrstă de 21 ani, student, este internat pentru fenomene clinice de tip catatonic cu poziţii cataleptice ciroase, mutism şi refuzul alimentelor.

Remarcîndu-se la vizită o atitudine de „ascultare“, este întrebat ce şi de către cine i se „vorbeşte“.

La această întrebare neaşteptată, bolnavul a reacţionat prompt, întrebîndu-l pe medic de unde ştie că i se vorbeşte, reintrînd apoi abrupt în mutismul său catatonic obişnuit.

În urma terapiei aplicate s-a obţinut ameliorarea cu defect a tulburărilor psihotice manifeste, care i-a permis apoi o integrare socială ca funcţionar.

După şase ani de linişte aparentă, declanşează o susţinută acţiune judiciară împotriva medicului care îl întrebase cîndva dacă ascultă voci :

Subsemnatul B. Şt. funcţionar la întrepr. A.C.B. Iaşi, vă aduc la cunoştinţă următoarele :

Dr. B. ascunde de şase ani de zile patru bandiţi care mă urmăresc prin telepatie. Reclamat fiind, el s-a mărturisit în faţa procurorului oraşului Iaşi că într-adevăr are aceşti bandiţi care-i foloseşte pentru anumite scopuri. Acelaşi lucru l-a spus şi la Sfatul Popular.

Aceşti bandiţi mă chinuiesc mintaliceşte şi fiziceşte în timp ce eu muncesc şi-mi cîştig existenţa. Necesităţile îmi sînt oprite. Sînt ţinut cîteva zile apoi mi se dă drumul cu chinuri şi mai ales cînd vreau să mă aşez la masă. Aceşti bandiţi eu îi aud tot timpul. Ei îmi transmit gîndurile lor, mă înjură şi mă persecută

Scanned with CamScanner

îngrozitor. Din această cauză sînt oprit și cînd socotesc sau citesc. Sînt nevoit să mă uit de multe ori asupra aceluiași obiect pînă mă dor ochii, încît sînt amenințat ca să-mi pierd vederea. Banditii îmi freacă ochii pînă se înroșesc în timp ce eu lucrez. Nu sînt lăsat ca să mă îmbrac, să mă distrez, sînt ținut ca să întîrzii la serviciu. Banditii au mare grijă ca să-mi strice orice masă, ca să mă tulbure, ca să nu știu ce am mîncat. Din această cauză mă simt slăbit și predispus bolilor. Nu sînt lăsat ca să mă odihnesc. Sînt ținut noaptea, obosit de la lucru, ca să nu dorm. Banditii îmi aplică dureri îngrozitoare de măsele, apoi îmi umflă fața în bătaie de joc.

Dr. B. P. îmi este dușman. El răspunde că nu există așa ceva și că aceasta este o boală care va trece, dacă voi suferi aceasta și tratamentul inuman care îl va aplica.

El a fost dat în judecată pentru aceasta. În fața tribunalului el a spus că nu există telepatie și că cei care cred așa ceva sînt bolnavi.

Am fost la București unde m-am interesat pe la doctori care mi-au spus că este treaba procuraturii și a miliției.

Dr. B. P. ascunde un adevăr și trebuie tras la răspundere.

Rog tribunalul să ancheteze doctorul unde se găsesc acești banditi, iar banditii arestați și judecați împreună cu Dr. B. P. care așteaptă poate că se va sfîrși cu mine și se va uita aceste fapte grave.

Schizofrenia formă simplă sau hebefrenia

După cum arată însuși numele pe care l-a dat Kahlbaum și Hecker formei particulare de „psihoză puberală", sindromul hebefrenic se manifestă cu precădere în stadiul dezvoltării juvenile.

Descriind hebefrenia (care se confundă cu trăsăturile fundamentale ale noțiunii contemporane despre schizofrenia vera), Hecker arăta, în 1871, că boala apare între 18—22 ani, cu stare de deprimare și uneori raptusuri suicidare. Spre deosebire însă de adulții atinși de melancolie, constata Hecker, la hebefrenici „sentimentul de tristețe este cu totul superficial și se schimbă fără motiv, ca și cum bolnavul s-ar juca cu sentimentele sale din cochetărie".

Ideilor de tristețe le succed brusc „accese de veselie cu rîs și prostii absurde, astfel că de la un moment la altul apar în delir contrastele cele mai mari; cîteodată idei de persecuție, tendințe erotice, dau o culoare deosebită sentimentelor lor triste, însă pentru un timp scurt. Bolnavul se lasă antrenat de impulsii, săvîrșește acte fără scop care deseori dau impresia unei răutăți absurde; unii vagabondează".

„În limbajul său, hebefrenicul folosește termeni de argou, face descrieri poetice umflate și de un sentimentalism exagerat, discuții puerile, contradictorii".

Scanned with CamScanner

Aceste tulburări psihice au drept cadru „un fel de debilitate mintală care se apropie mult de demență, fără a ajunge însă pînă la abolirea intelectuală".

„Slăbirea inteligenței este rapidă, constituind caracterul esențial al bolii, care permite deosebirea de alte forme de alienație mintală caracterizate prin alternanța dintre excitare și depresie" *.

Psihiatrii contemporani sînt unanimi în a recunoaște că hebefrenia descrisă de Hecker și Kahlbaum corespunde noțiunii primare despre „idioția cîștigată" sau „demența precoce", omologată în conceptul bleulerian cu forma clinică a schizofreniei cu evoluție deficitară (schizofrenia vera ce apare cu predilecție în cursul dezvoltării infanto-juvenile).

Hebefrenia ca particularitate (formă) clinică a schizofreniei poate evolua fie torpid, fie cu oscilații pseudohipertimice „extratensive".

*

Schizofrenia formă hebefrenică cu evoluție torpidă sau „schizofrenia formă simplă", se dezvoltă ca o particularitate hipotimică asteno-apatică, „neproductivă", cu sau fără elemente halucinatorii expresive, ajungînd în decursul anilor la pustiire ideo-afectivă ce-i conferă un caracter pseudo-oligofrenic sau „parademențial", care l-a determinat pe Kraepelin să o denumească „Lappische Verblödung", demențiere neroadă. Deficitul mintal se instalează cu atît mai repede cu cît boala debutează mai precoce în cursul dezvoltării infanto-juvenile **.

Evoluția „tăcută" a hebefreniei spre pustiire ideo-afectivă tardivă, l-a determinat pe Diem să denumească, în 1903, această particularitate clinică a schizofreniei *demența praecox simplex* (spre a o deosebi astfel de alte aspecte evolutive ale psihozei discordante), diferențiere taxonomică care persistă sub denumirea actuală de *schizofrenie forma simplă.*

De comun acord cu autorii care consideră ca sinonimi termenii de hebefrenie cu evoluție torpidă (neproductivă) și schizofrenie forma simplă, apreciem ca nepotrivită folosirea noțiunii de formă simplă, deoarece nu știm prin ce ar fi posibil să se mai complice deficitul de tip parademențial sau oligofrenoid care marchează stadiul avansat al hebefreniei.

---

* Descrierea textuală a lui Hecker este rezumată aici după A. Maiert și J. Margot *„La Démence Précoce"*, 1920.

** Apariția schizofreniei în cursul dezvoltării infantile se particularizează de obicei prin evoluție severă — constituind de fapt ceea ce înainte vreme se înțelegea prin noțiunea de idioție cîștigată sau demență precoce, și în prezent se confundă cu așa zisa schizofrenie grefată pe fond oligofren.

Scanned with CamScanner

Este necesar să precizăm, de asemenea, că evoluția deficitară severă de tip demențial sau oligofrenoid (care ar corespunde cu demența neuroepitelială descrisă de Klippel și la Iași de soții Mareș și Tatiana Cahana), i-a determinat pe unii autori contemporani să o considere „adevărata demență precoce" (sau „schizofrenia vera"), spre deosebire de alte forme clinice de schizofrenie cu evoluție mai benignă.

Copilul sau adolescentul afectat de forma torpidă (sau inaparentă) a schizofreniei, care de regulă era inteligent și sensibil, cu înclinare remarcabilă spre studii, devine progresiv neglijent, neatent, delăsător, cu o capacitate de concentrare la efortul intelectual tot mai redusă, concomitent cu eliberarea unor activități psihomotorii automatice (stereotipii de atitudine și limbaj).

Datorită dezorganizării mintale progresive, tînărul bolnav devine tot mai apatic sau cu reactivitatea emotivă tot mai paradoxală față de cei apropiați cît și față de propriile pulsionări instinctuale, disociația intrapsihică evoluînd în timp pînă în măsura de a crea impresia unui deficit mintal congenital pe care s-ar fi dezvoltat apoi declinul afectiv. Impresia existenței unui fond oligofren premergător dezvoltării psihozei discordante este greu de eliminat atunci cînd anamneza este insuficientă, și cu atît mai mult atunci cînd debutul bolii s-a produs în copilărie. În aceste situații dubioase ne mai poate totuși impresiona uneori capacitatea de orientare temporo-spațială restantă, cît și unele răspunsuri sau acțiuni surprinzătoare prin conținutul lor abstract, care exclude atît oligofrenia cît și demența.

Schizofrenia formă hebefrenică cu evoluție pseudo-hipertimică se particularizează prin stări „extratensive" de agitație pseudo-hipertimică ce se dezvoltă ca automatisme psihomotorii și conduite discordante, fără corelație afectivă corespunzătoare :

manierisme cu afectare puerilă sau teatralism de atitudine și limbaj ; acuze stranii de suferință indusă, contrastante cu un zîmbet „giocondic" permanent ; agitație pseudo-maniacală la „rece", cu rîs sau plîns nemotivat, verbigerație sau paralogie emfatică „filozofantă", cu învolburări mistice, erotice, sociale, de influență, întreţesute cu diversitatea modalităților negativiste.

Tumultul ideo-afectiv hebefrenic impresionează prin discrepanța semnalelor demodulate care nu permit inducția unei „simpatii psihologice" (sintonii) ca în cazul psihozelor hipertimice.

Diversitatea patomorfică a puseelor acute hebefrenice dezvoltate pe fondul demodulării afective, care se pot succeda în primii ani de boală cu perioade de remisiune spontană, iar în unele cazuri cu evoluție ciclică îndelungată, confluează în cele din urmă (în lipsa unui tratament eficient) în aceeași pustiire ideo-afectivă ca și în cazul formei torpide a evoluției hebefrenice.

Scanned with CamScanner

Demodularea tensiunii afective de tip hebefrenic pseudo-hipertimic se deduce și din analiza discordanței psihografice care poate să ajungă pînă la „salată de cuvinte", ca de exemplu în următorul fragment unde se mai remarcă pe lîngă aspectul catatonic prin „intoxicația cu un cuvînt", și disnoidismul (paranoidismul) nesistematizat :

Căderea

M-am recunoscut (regăsit) din fire (știință) în agnet în urma lui Costică de la Mănăstire care s-a născut din Har, mai întîi cu înțelepciunea lui Moisi. Fratele meu Costică a acceptat să fie Preot conducător pentru a scăpa lumea de prăpăd, el fiind din Har născut bun — jertfind în potir cu Păr. Ioan — părinte ceresc Preot Împărat care ne-a avut pe noi doi fii duhovnicești ; Costică bun din Har și ascultător și pe mine fiu mai mic din fire neascultător — care luînd moștenirea părintească, moștenirea împărăției lui Dumnezeu, am plecat în cele lumești, vorbind rău chiar de Tatăl meu. Înainte de a mă naște eram în pîntecele Bisericii și nu mă puteam naște, eu fiind în zămislire. Am cumpărat să dau daruri : întîi o evanghelie și apoi paharul și steluța și am greșit căci celălalt învățat de mănăstire a cumpărat paharul ca să-l dea dar pentru Har...

Schizofrenia formă catatonică

După cum s-a precizat deja, Kahlbaum a delimitat noțiunea de „catatonie" ca particularitate a psihozei puberale pe care o apropia de hebefrenie, diferențiind-o totodată prin predominența fenomenelor de inhibiție psihomotorie și evoluție mai benignă.

Majoritatea psihiatrilor contemporani consideră că între hebefrenie și catatonie există o atît de intimă întrepătrundere sindromatică, încît preferă să diagnosticheze forma hebefreno-catatonică a schizofreniei. Pe de altă parte, este de reținut faptul că sindromul catatonic poate să apară și în afara bolii schizofrenice, ca de exemplu în cazul unor suferințe cerebrale de natură toxică, tumorală, vasculară, infecțioasă, în parkinsonism sau boala epileptică, cît și la persoanele normale transpuse în somn hipnotic.

Noi considerăm că nu se poate vorbi de forma catatonică a schizofreniei decît în prezența unei disociații psihice progrediente cu demodulare ideo-afectivă și întrepătrunderea obligatorie a simptomelor de solipsism, negativism și disnoidism.

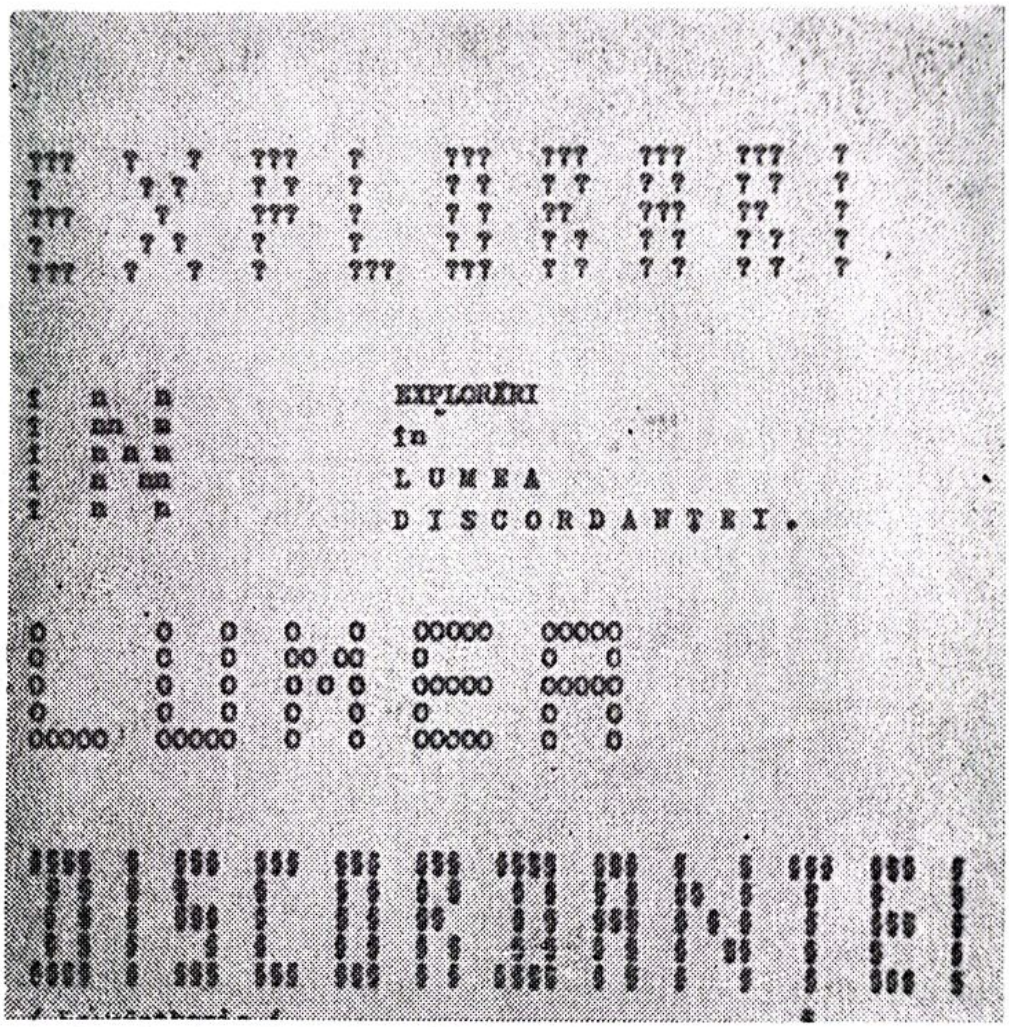
Disfuncțiile psihomotorii de tipul paratoniei subcorticale pot ajunge pînă la stări cataleptice sau de postură ciroasă cu atitudini de statuie sau de zăcere în poziție fetală, disfuncții psihomotorii care i-au sugerat lui Urstein denumirea de „ataxie intrapsihică".

Paratonia catatonică atrage atenția încă din stadiul inițial al bolii prin rigiditatea ținutei, mers cu blocarea mișcărilor compli-

Scanned with CamScanner

mentare și avansarea stranie a pasului cu o călcătură strîmbă, disfuncție psihomotorie de atitudine și motilitate ce i-a sugerat lui Morel, în 1850, comparația cu roboții mecanici.

Mimica catatonică apare de asemenea semnificativă prin aspectul de mască inexpresivă, prin ticuri grimasante și îndeosebi, în



Stereotipie grafică (realizată la mașina de scris)

stadiul avansat, prin contractura orbicularilor buzelor în „bot de pește". Reflexele osteotendioase se obțin uneori mai greu datorită hipertoniei mușchilor antagoniști, după cum s-ar întîlni chiar și o blocare a reflexelor cutanate abdominale (Abely).

În cursul evoluției cronicizate a formei catatonice, pot să apară, între alte tulburări trofice, și retracții tendinoase, îndeosebi al flexorului comun al degetelor, simptom care poate fi totuși reversibil prin ameliorarea neurotroficității.

În cazul bolnavului afectat de schizofrenie formă predominant catatonică — care debutează de obicei în stadiul dezvoltării juvenile, simptomele somatice sînt cu atît mai evidente cu cît forma de schizofrenie catatonică este mai tipică în debutul său. Sensibilitatea generală pare a fi mai scăzută sau blocată, astfel încît acești bolnavi

Scanned with CamScanner

ajung pînă la arsuri sau degerături fără a interveni reacțiile utile de apărare, inhibiția lor stagnantă supraliminară asemănîndu-se frapant cu stările de catalepsie realizate la persoanele normale prin intermediul hipnozei, sau la animale prin intoxicare cu bulbocapnină.

Dizarmonia psihomotorie catatonică se desfășoară în procesualitatea schizofrenică prin întreaga gamă a negativismelor active și pasive : baraje, ambivalențe, stereotipii, solilocvii, raptusuri de agitație halucinatorie, nihilisme de atitudine.

Este interesant de reținut că acești bolnavi care pentru publicul neavizat par a fi „idiotizați" sau „demențiați", deoarece aparent nu acordă atenție mediului ambiant, scrutează totuși pe furiș pe cei din jur, sau se opresc brusc din agitația lor solitară cînd se simt observați, după cum dau relații exacte asupra celor petrecute în timpul bolii, după obținerea remisiunii.

Un asemenea bolnav cronicizat de ani de zile, crea impresia unei demențe profunde prin dezinteresul său față de mediu. Acest bolnav, între alte aspecte catatonice, avea și stereotipia de a sta într-un picior, rezemîndu-se de un zid, pe care îl lovea continuu cu cotul stîng, astfel încît își provocase o escară torpidă. Cînd se culca în pat, dacă nu se simțea observat, se strecura printre vergelele de la căpătîi cu multă grijă să nu le îndoaie, cu răbdarea și suplețea lentă a unui fachir ; ajuns în pat, cu aceeași grijă se strecura pe sub pătură și cerceafuri în interiorul paielor din mindir unde continua să caute toată noaptea boabe de grîu, care i se găseau dimineața ținute cu grijă în mîna închisă. Întrebat ce semnificație au pentru el aceste boabe, a răspuns odată clar (în fluxul șoptit al unei litanii solilocvice, ca și cum s-ar fi adresat unei voci telepatice spre care își îndrepta atentiv urechea) : *trebuie să-mi cîștig existența.*

Solitarismul și imobilitatea fetală a schizofrenului catatonic stuporos poate fi totuși în mod neașteptat tulburată de un raptus halucinator cu agresivitate absurdă, impulsie la fugă sau violentă agitație care dispare apoi tot atît de brusc, catena paranoidă a bolii schizofrenice rămînînd în continuare disimulată sau neproductivă.

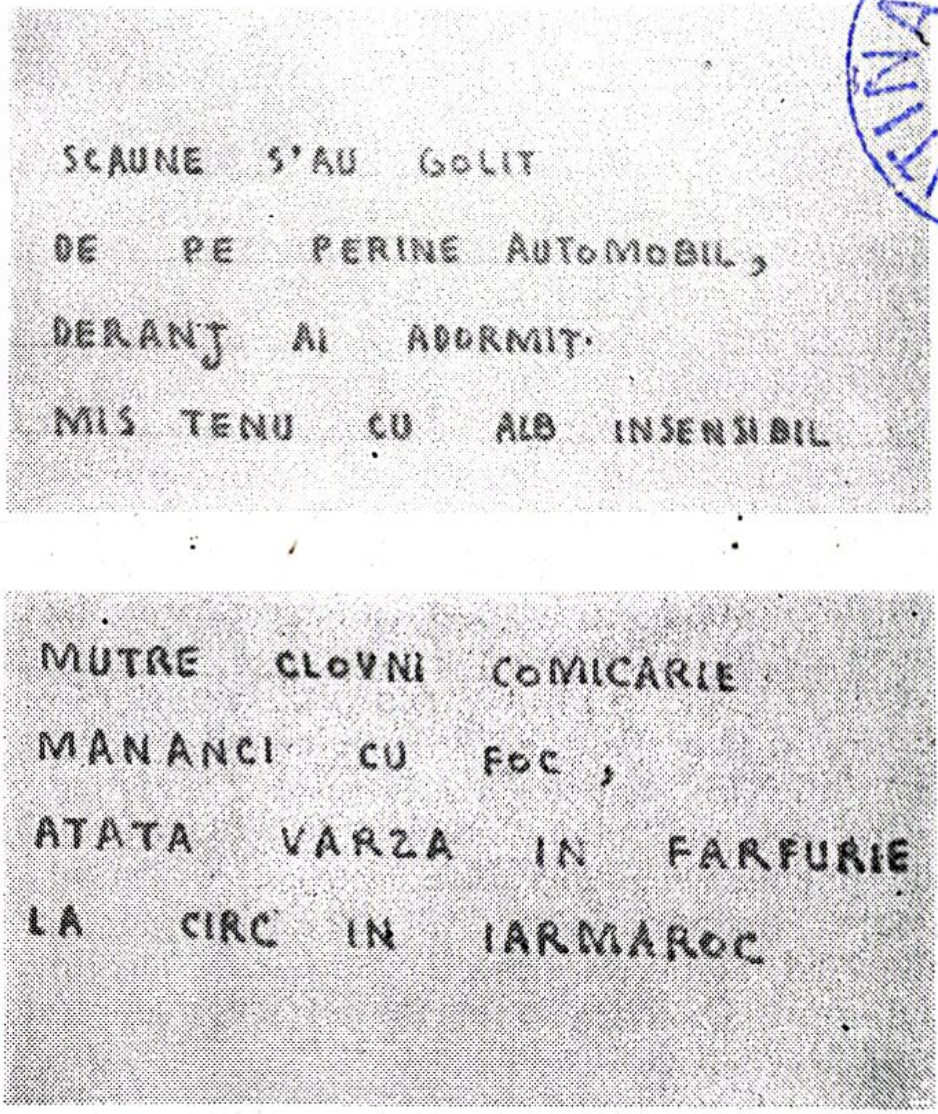
Schizofrenia paranoidă

Bolnavul afectat de schizofrenie formă predominant paranoidă manifestă simultan o atitudine paralogică ambivalentă de acceptare „pasivă" a trăirilor fantasmice, cît și de opoziție „activă" față de tot ceea ce nu corespunde experienței sale solipsiste, realizînd astfel o tematică delirantă persecutat-persecutorie (cu sau fără elemente halucinatorii), rău sistematizată, însă cu o manifestă înstrăinare de la condiția umană prin demodularea afectivității.

Paranoidismul schizofrenic se ilustrează clinic prin ideație disociată pînă la dislocație și involuție de limbaj cu aglutinarea și

Scanned with CamScanner

neologizarea noțiunilor, destructurarea sintaxică ajungînd să se asemene cu limbajul infantil prelogic prin folosirea predilectă a verbului la modul impersonal, a pronumelui la persoana a treia sau folosirea impersonală a pluralului, pînă la verbigerație („salată de cuvinte").



Din caietele cu versuri „editate" de Ionel.

Sistematizarea delirului schizofrenic este defectuoasă, fără argumentație pro și contra, datorită lipsei unei tensiuni afective cu semnificație și eficiență motivațională inductoare, cît și datorită convingerii solipsiste că toată lumea ar cunoaște metapsihologic ceea ce simte și gîndește.

Ignorarea întrepătrunderii solipsismului, negativismului și disnoidismului pe un fond de „parademență afectivă" în structura procesualității bolii schizofrenice ca entitate nosologică, poate crea confuzii în elaborarea diagnosticului diferențial cu psihozele paralogice sistematizate, situație analizată mai pe larg în cadrul capitolului ce urmează.

Scanned with CamScanner

— *boală endogenă, sau sindrom reactiv; considerații fiziopatologice*

Majoritatea psihiatrilor clinicieni contemporani consideră schizofrenia ca o entitate nosologică, diferențiind totodată în cuprinsul ei forme endogene (nucleare sau schizofrenia vera) cu predispoziție constituțională, și forme exogene schizofreniforme, generate de factori infecțioși, toxici sau traumatici (biogeni sau psihogeni).

Coroborînd datele bibliografice cu observația clinică și cercetările de laborator efectuate în decursul timpului, am ajuns la opinia că schizofrenia constituie o encefalodistrofie predominant endogenă, caracterizată fiziopatologic — în primul rînd — prin fenomene de inhibiție supraliminară stagnantă de tip parabiotic cu circuit închis cortico-subcortical.

Fondul encefalodistrofic al psihozei discordante se impune în atenția clinicienilor prin diferite dismetabolisme ce însoțesc această boală, cît și prin leziunile histologice puse în evidență de Klippel și Lhermitte, L. Marchand, Mareș și Tatiana Cahana, L. I. Smirnov, P. E. Snesarev. V. A. Ghiliarovschi, Cecile și Oscar Vogt, D. Miskolczy, C. Cziky, V. M. Buscaino, Bini etc., autori care au descris pustiiri celulare în neocortex, leziuni circumscrise în substanța albă și abiotrofii în nucleii subcorticali. În această direcție ne reține atenția și faptul că la tineri bolnavi afectați de schizofrenie se constată, prin metoda pneumoencefalografică, aspecte evidente de atrofie corticală *, fapt remarcat, între alții, de P. Borenștein și colab., E. M. Sitnikov, A. Sîrbu, S. Roșu, E. Simulescu etc. În aceeași ordine de idei, prof. C. Cziky a evidențiat electroencefalografic un răspuns de tip lezional cortico-subcortical **.

Admițînd existența unor abiotrofii encefalice congenitale ca substrat al dezvoltării tardive a bolii schizofrenice, nu putem admite totuși că schizofrenia ar fi exclusiv o encefaloză ereditară, cu evoluție independentă de influența factorilor exogeni. Astfel, studiind dinamica apariției cazurilor noi de boli psihice în decursul ultimilor 70 de ani în Moldova, datele statistice indică o creștere evidentă a frecvenței cazurilor noi de schizofrenie în primele decenii după războaie, după care se remarcă o tendință de stabilizare.

---

* P. Brânzei, G. Zvonaru: *Contribuții la studiul pneumoencefalografic în bolile psihice.* Neurol. Psih. Neurochir., București, 1964, V. 9, 1—2, pp. 33—38.

** C. Csiky, K. Szücs, D. Argintaru, Gs. E. Csiky, I. L. Bencsik: *EEG with Baytinal Induced Changes in the Benign Schizoprenia.* Sumary în EEG and Cl. Neurophysiology, 1971, Vol. 31, nr. 5, pp. 520—527.

Scanned with CamScanner

După părerea noastră, aceste date epidemiologice relevă rolul sumării factorilor exogeni encefalodistrofianţi * în apariţia bolii schizofrenice în funcţie de o anumită „fragilitate neuronală", fără a se exclude însă şi posibilitatea remiterii tulburărilor psihice prin restabilirea adaptativă a labilităţii substratului morfo-funcţional deficitar.

Interpretînd schizofrenia ca o encefalodistrofie, înţelegem de ce se însoţeşte de perturbări în tripla funcţie de reglare umorală, endocrină şi nervoasă la anumite solicitări ce nu depăşesc limitele fiziologice, cît şi modul în care pot acţiona favorabil metode terapeutice aparent diferite.

Studiind homeostazia în cazul bolnavilor de schizofrenie **, am constatat în general o reactivitate metabolică paradoxală, asemănătoare cu a persoanelor normale transpuse în stare de hipnoză, constatare care se corelează cu concluziile despre predominenţa în schizofrenie a inhibiţiei corticale supraliminare stagnante, comparată de Pavlov cu o stare de hipnoză cronică. Astfel, scăderea manifestă a glicemiei, pe care o produce la persoanele normale administrarea de acid nicotinic, este de regulă blocată sau inversată la aceleaşi persoane transpuse în stare de hipnoză, reactivitatea lor în această situaţie fiind asemănătoare cu a bolnavilor suferind de schizofrenie hebefreno-catatonică.

Dificultăţile de adaptare homeostazică la bolnavii de schizofrenie supuşi la stimulări ce nu depăşesc limitele fiziologice, ne-au apărut evidente şi în cazul unei încărcări hidrice, constatînd o evidentă dificultate în readaptarea hematocritului în decurs de 4 ore.

Datele fiziopatologice obiectivate clinic, metabolic şi biochimic, implică şi un dezechilibru al metabolismului mediatorilor, îndeosebi în stadiul acut al formelor hebefreno-catatonice.

---

* Noţiunea de neurotroficitate defineşte proprietatea sistemului nervos central de a regla metabolismele şi structura ţesuturilor.

În această privinţă, Gh. Marinescu insista, încă din 1909, asupra rolului deosebit pe care îl au schimburile nutritive şi intensitatea agenţilor iritanţi în apariţia atrofiilor neuronale şi în 1933 asupra rolului respiraţiei neuronilor în menţinerea troficităţii lor.

** J. Niţulescu, P. Brânzei, Olga Huţu: *Influenţa stării funcţionale a scoarţei cerebrale asupra variaţiilor reflex-condiţionate ale echilibrului glicemic la om.* St. şi Cerc. şt. Acad. R.P.R. Fil. Iaşi, 1952, nr. 1—4, pp. 271—277.

P. Brânzei, O. Huţu, M. Baltaru: *Rolul scoarţei cerebrale în reglarea proceselor metabolice la om.* St. şi Cerc. şt. Acad. R.P.R. Fil. Iaşi, 1952, nr. 1—4, pp. 313—331.

P. Brânzei: *Rolul semnalizării verbale în stare de hipnoză asupra unor reflexe înăscute.* Rev. Med. Chir. Iaşi, 1956, nr. 4, pp. 163—173.

P. Brânzei: *Consideraţii asupra chimioterapiei predominant encefalotrope în clinica neuropsihiatrică.* Rev. Med. Chir. Iaşi, 1961, nr. 1, pp. 223—282.

P. Brânzei: *Contribution à l'étude des explorations morphofonctionnelles dans la psychiatrie.* Ann. Méd. Psychol., Paris, 1964, T. 2, nr. 1, pp. 1—20.

Scanned with CamScanner

Studiind în colaborare cu L. Ballif și P. Jitariu acțiunea l.c.r. asupra cordului izolat de broască, în cazul bolnavilor hebefrenocatatonici s-a constatat cu predilecție fenomene de un anumit tip adrenergic pe care am reușit să le reproducem apoi cu adrenalină în diluție 10^{-6} oxidată în soluție Ringer (adrenocrom) *, metabolit identificat de Hoffer și Osmond, în 1956, în umorile provenind de la bolnavi afectați de schizofrenie.

Ph. Benda, afirma, în 1959, că adrenocromul produce tulburări psihice prin degradarea sa în adrenolutin. Minz aduce de asemenea, în 1960, argumente experimentale pentru vicierea metabolismului adrenergic în schizofrenie, iar Axelrod consideră că noradrenalina este metabolizată prin oximetilare în normetanefrină — sustanța asemănătoare cu mescalina prin efectele sale halucinogene. De asemenea, autori ca Hoagland, Heath, Pfeifer, Resnik etc. confirmă semnificația adrenocromului în schizofrenie, după cum alții îl contestă ca de pildă G. Gastaldi și colaboratorii, 1958.

În ceea ce privește vicierea metabolismului adrenergic în cazul psihozelor endogene și în particular în cazul schizofreniei, nu este lipsit de semnificație faptul că *Mescalina*, unul din alcaloizii cu efecte halucinogene incontestabile (vezi cap. droguri halucinogene), are o analogie structurală cu adrenalina. În aceeași ordine de idei ar fi de reținut faptul că unul din cei mai importanți acizi aminați și anume tripofanul, din care derivă serotonina ** (mai exact spus 5 hidroxitriptofanul — 5 H.T.) are o structură moleculară indolică care este prezentă în majoritatea drogurilor halucinogene : *harmina*, *bufotenina*, n.n. *dimetiltriptamina*, n.n. *dietiltriptamina*, *psilocibina* și *psilocina*, *acidul lisergic* (LSD 25).

În ceea ce privește alcaloidul halucinogen *Mescalina* — (fenetilamină apropiată ca structură de adrenalină, efedrină și benzedrină), deși nu conține in *vitro* un nucleu indolic, se admite totuși că în organism poate realiza totuși o funcție indolică interferînd enzimatic metabolizarea adrenalinei.

---

* L. Ballif, P. Jitariu, P. Brânzei : *Contribuții la studiul fiziopatologiei L.C.R. uman.* St. și Cerc. șt. Acad. R.P.R. Fil. Iași, 1951, nr. 3—4 p. 481.

** Serotonina (5 HT) — produs indolic derivat din triptofan, este degradată prin mono-amino-oxidaze (M.A.O.) ajungînd la un metabolit terminal (5-HIAA) excretat în urină. Serotonina ar avea un rol important în reglarea somnului și în asociație cu noradrenalina ar contribui la modularea acetilcolinei ca neuro-hormon, acționînd îndeosebi la nivelul membranei celulare și a sinapsei. Se pare că sinteza serotoninei la nivelul creierului s-ar realiza îndeosebi la nivelul formației limbice a cărei distrucție ar determina suprimarea somnului, după cum creșterea concentrației de 5 HT ar determina o creștere a cantității de somn.

Serotonina are la nivelul sinapsei o acțiune inhibitorie de 25 de ori mai mare ca andrenalina, putînd fi comparată cu efectul acetilcolinei. Numeroși

Scanned with CamScanner

Rezumînd, substanţele halucinogene cu nucleu indolic sînt fie „*Indoletilamine*", fie „*Fenetilamine*" sau „*Fenilisopropilamine*" care se apropie de grupul amfetaminelor şi respectiv de efectele adrenocromului, produs indolic rezultat din oxidarea adrenalinei şi a congenerilor săi : *adrenolutin, dihidroxi — n. metilindol, ceruloplasmina.*

Efectele principale neuro-psiho-farmacologice, omologate experimental, ale drogurilor halucinogene cu nucleu indolic sînt următoarele :

— efect enzimatic perturbator (depresor) asupra transmisiei sinaptice ;

— inhibarea amino-oxidazelor, colinesterazei, decarboxilazei, ac. glutaminic ;

— creşterea hexozei monofosfatate ;

— creşterea serotoninei sau efect antiserotoninic în reglarea transmisiei sinaptice ;

— reducerea sau demodularea activităţii bioelectrice cerebrale.

Efecte halucinatorii mai provoacă însă şi *tetrahidrocanabinolul* conţinut în haşiş, atunci cînd este administrat în anumite doze, deşi alcaloizii din canabis (canabinolii) nu conţin în structura lor moleculară radicalul indol, după cum în anumite circumstanţe şi molecula de etanol (alcool), anestezicele, morfina sau anticolinergicele ca benactizina, atropina, scopolamina, au efecte halucinogene prin interferarea enzimatică a mediatorilor neuro-umorali.

Totuşi, după cum rezultă din studiile a numeroşi cercetători, datele experimentale în legătură cu vicierea metabolismului adrenergic în creierul schizofrenilor nu exprimă, desigur, decît doar un aspect în complexitatea modificărilor biochimice care stau la baza fiziopatologiei schizofreniei. Noi credem că în schizofrenie metabolismul aceticolinic cerebral ar fi de asemenea tulburat, cunoscîndu-se aglomerarea acetilcolinică în procesele de inhibiţie şi parabioză. În această privinţă apare interesant şi faptul că la batracienii parabiotizaţi prin sezonul rece (cînd predomină fenomenele de hipertonie posturală asemănătoare catatoniei), s-a constatat o evidentă predominanţă acetilcolinică cerebrală *.

---

cercetători consideră că excesul de serotonină ar avea o semnificaţie patogenă în schizofrenie. La această opinie contribuie în primul rînd faptul că alcaloizii halucinogeni au o structură indolică asemănătoare serotoninei care prin ea însăşi nu este halucinogenă (acţiune prin acumulare sau prin exaltarea serotoninei fiziologice). În al doilea rînd se reţine că neurolepticile — care inhibă serotonina — şi anulează efectele drogurilor halucinogene, acţionează favorabil şi în cazul tulburărilor mintale din schizofrenie.

* M. Jitariu, P. Jitariu, P. Brânzei : *Influenţa factorilor de mediu asupra activităţii colinesterazei în timpul crizei convulsive provocată prin E.S. la broaşte.* St. şi Cerc. şt. Acad. R.P.R. Fil. Iaşi, 1955, nr. 1—2, pp. 197-207.

Scanned with CamScanner

Corelînd aceste date cu aviditatea cerebrală pentru fosfor și incapacitatea de reținere al acestuia *, ne apar indicații mai exacte pentru o interpretare fiziopatologică unitară a cadrului nosologic al bolii schizofrenice ca perturbare a nutriției cerebrale de tip parabiotic.

În sprijinul concepției noastre, conform căreia fiziopatologia schizofreniei este predominată de inhibiția stagnantă de tip parabiotic cu circuit închis cortico-subcortical, pledează și unele probe de farmacodinamie nespecifică.

Astfel, ar fi de reținut faptul că în tratamentul schizofreniei se pot obține rezultate favorabile cu proceduri terapeutice calitativ diferite ca șocul pentazolic, insulinic, electric, chimioterapie fenotiazinică sau prin asocierea lor.

În această ordine de idei, este interesant de semnalat faptul că asocierea chimioterapiei fenotiazinice cu stimularea biogenă paludică (3—5 accese febrile) poate determina rezultate terapeutice marcabile, îndeosebi în cazul formelor incipiente de schizofrenie catatonică, excluzîndu-se totodată necesitatea terapiei prin șoc comatogen ** (vezi cap. despre bioterapie și medicația encefalotropă). În ceea ce privește semnificația psihoterapiei, se remarcă în mod veridic rolul integrator al nivelului de cunoștință asupra substratului biogen.

Insistăm asupra acestor interrelații — deschise încă studiului — privind etiopatogenia și fiziopatologia schizofreniei, deoarece, cu toate progresele remarcabile obținute în terapeutica psihiatrică, peste 20% dintre bolnavii afectați de psihoză hipotimică discordantă au totuși o evoluție deficitară (îndeosebi în cazul cînd sînt tratați tardiv), situație care ridică probleme deosebite de asistență și reabilitare socială.

---

* P. Brânzei, M. Șelaru, E. Lozneanu, Gh. Rusu : *Contribuția la studiul dinamicii I^{131} și p^{32} în boala schizofrenică.* Neurol. Psih. Neurochir. București, 1965, vol. 10, nr. 4 pp. 321-329.

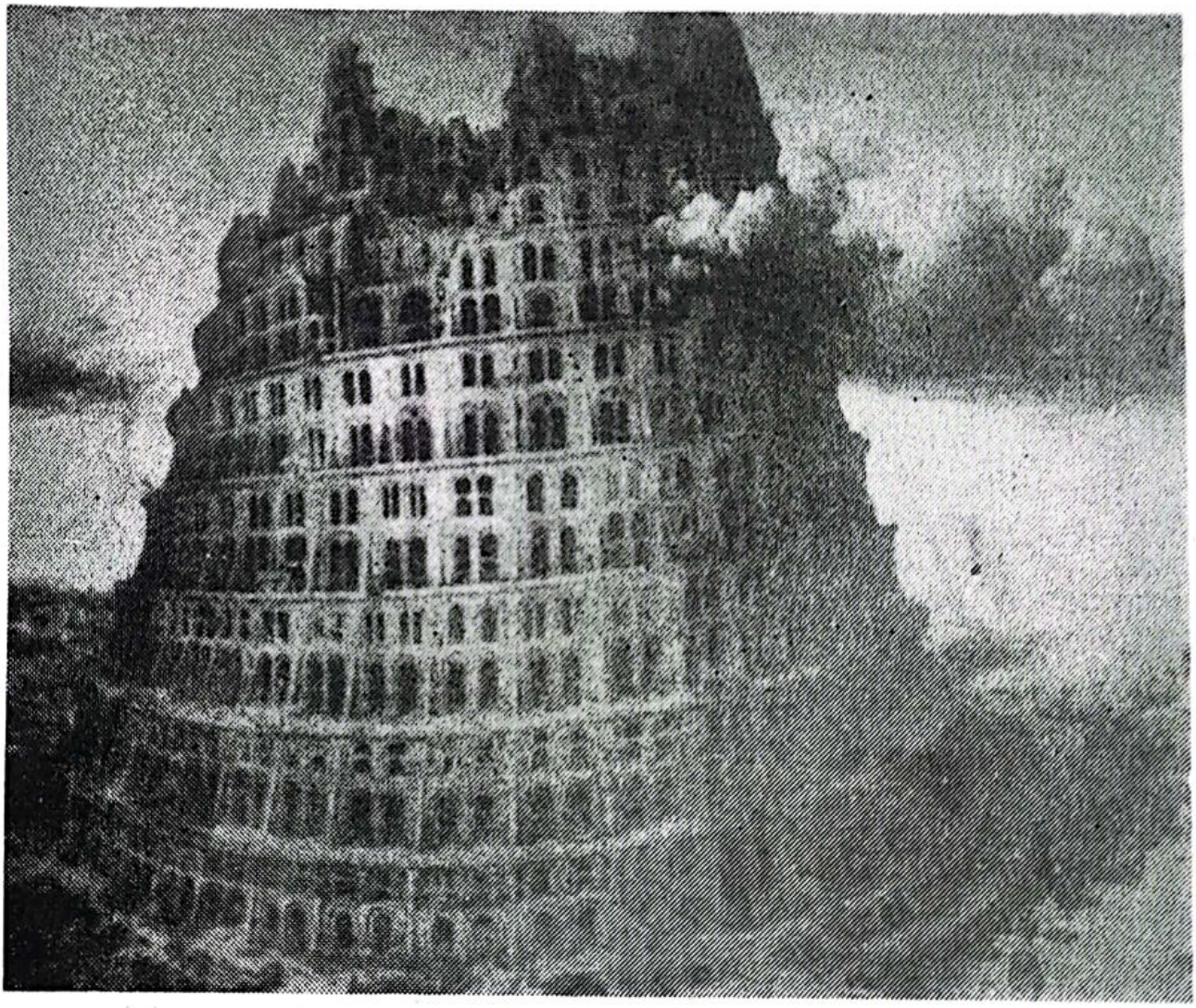
** Terapia prin șoc comatogen, pe lîngă „masajul" vegetativ la care supune în mod acut întregul organism datorită masivelor balansări homeostazice pe care le produce, ar fi posibil ca prin stimularea proceselor metabolice să distrugă și contigentul de neuroni abiotrofizați care ar scurt-circuita (asemenea unor condensatori perforați) releele mozaicului funcțional cortico-subcortical.

Chimioterapia neuroleptică, între alte acțiuni farmacodinamice, ar spolia substratul adrenergic al substanței reticulare (O. Sager). Efectul său favorabil poate fi interpretat în consecință și ca un rezultat al creșterii pragului de receptivitate diencefalică față de stimulările intero-, proprio- și extero-ceptive, situație care creează condiții mai bune de lucru la nivelul cortexului abiotrofizat pînă în stadiul de reactivitate ultraparadoxală, justificînd astfel teza noastră ipotetică despre parabioza cu circuit închis cortico-subcortical în fiziopatologia schizofreniei.

Scanned with CamScanner

Delir acut și psihoze paralogice sistematizate

— idee sau sistem delirant; psihoze delirante acute; psihoze delirante sistematizate (parafrenie și paranoia); psihoza paralogică sistematizată forma mixtă interpretativ-halucinatorie.



P. Bruegel : „Turnul Babel".

Petites maisons... maisons ou les Français enferment quelques fous pour persuader que ceux qui sont dehors ne le sont pas

Montesquieu : *Lettres persanes*, 1721

Procesualitatea delirantă se dezvoltă — de o manieră acută sau cronică — sub forma unor manifestări polimorfe nesistematizate ca în cazul psihosindroamelor hipertimice sau al psihozelor exogene; cu o tematică rău (sau relativ) sistematizată ca în cazul schizofreniei; ca un sistem paralogic de interpretare progresiv sistematizat ca în cazul parafreniei și al paranoiei.

Scanned with CamScanner

Psihozele delirante acute (delirul acut, bufeul confuziv-oniric, paranoia secundară) se dezvoltă prin consens viscero-umoral sau stress emoțional.

Modelul clinic al delirului acut îl constituie starea confuzională cu dezorientare temporo-spațială, dezorganizarea atenției și memoriei, alterarea stării generale, agitație psihomotorie sau stupor.

Bufeul delirant acut se întîlnește frecvent în patologia stărilor infecțioase sau toxice, în cursul contuziilor cerebrale și în stările secunde epileptice.

Obscuritatea „delirului acut idiopatic" a fost clarificată în cursul deceniilor trei și patru prin cercetări anatomo-clinice și biologice prin care Marchand * și colaboratorii au precizat substratul său de suferință encefalică și mecanismele fiziopatologice care îi conferă semnificația gravelor perturbări homeostazice cu risc vital.

Dat fiind caracterul deosebit pe care îl comportă delirul acut ca urgență medicală, vom reveni cu detalii în capitolul *Criterii aplicative în urgențele psihiatrice.*

Psihoza delirantă sistematizată (delirul cronic, parafrenia, paranoia) constituie o stare particulară de alienare mintală, care le-a atras în trecut acestor bolnavi renumele de a fi „inspirați de zei", și mai aproape de noi denumirea de „nebuni care gîndesc" (la folie raisonnante) sau „paranoici" (paranoia = gîndire alături de normalitate).

Se consideră că o persoană este afectată de o stare delirantă sistematizată atunci cînd exprimă convingeri care contravin realității, și în mod definitoriu atunci cînd convingerea eronată se consolidează și se dezvoltă prin argumentație paralogică ireductibilă față de evidența faptelor și a demonstrării raționale.

Arnaud **, care la începutul acestui secol a realizat o remarcabilă sinteză privind psihozele delirante sistematizate, aducea următoarele precizări definitorii :

Se denumește în Franța sub numele de delir parțial *** *sau* sistematizat *și sub numele de* Paranoia **** *în Germania și Ita-*

---

* Marchand : *Maladies mentales. Etudes anatomo-biologiques.* Ed. Legrand, Paris, 1939.

** F. L. Arnaud : *Psychoses constitutionelles* (Traité de pathologie mentale-Gilbert) ed. 1903.

*** Vechea școală franceză de psihiatrie cuprindea în cadrul „delirului general" psihozele cu tulburări mintale globale, spre deosebire de situația „delirului parțial" unde capacitatea de autoconducție nu apare în mod evident tulburată.

**** Termenul de paranoia se pare că a fost creat de Vogel în 1782. Heinroth îl utilizează în 1818 descriind un delir orgolios sub denumirea de „ectasis paranoica". Termenul de paranoia este apoi utilizat și încetățenit de

Scanned with CamScanner

lia, stările psihopatice permanente funcționale caracterizate prin idei delirante fixe, metodic legate între ele, care se dezvoltă într-un sens determinat, urmînd o evoluție logică. Aceste stări sînt independente de orice origine emotivă. Ele sînt desigur în raport cu tulburări profunde și încă foarte obscure, de cenestezie, însă se manifestă primitiv printr-o deviație a funcțiilor intelectuale, deviație care prin ea însăși nu comportă o slăbire a inteligenței și care lasă intacte, cel puțin în aparență, facultățile logice și de raționament.

Observațiile publicate de Lasègue, în 1852, referitor la „delirul de persecuție" și ale lui Morel, între anii 1852—1860, privind „transformarea delirului hipocondriac în delir de persecuție și în delir de mărire", constituie debutul studiului clinic al psihozelor delirante sistematizate. Cercetările au continuat apoi prin suita studiilor întreprinse în cadrul școlii psihiatrice franceze de Falret (tatăl și fiul), Foville, Legrand de Saulle, Magnan, Sérieux și Capgras, Ballet, Chaslin, Cotard, Régis, Arnaud, Clérambault, Dide și Guiraud etc., studii care au adus o valoroasă contribuție la delimitarea cadrului nosologic al psihozelor delirante sistematizate. S-au descris astfel diverse forme sau aspecte clinice ale psihozelor delirante sistematizate și s-au precizat particularitățile evoluției acestora în etape succesive : *etapa de incubație* (nesiguranță hipocondriacă, sau de concentrare analitică) ; *etapa de stare* (de persecuție, sau de explicație delirantă) ; *etapa de dezvoltare megalomanică ; etapa de stagnare* a delirului (perioada de stereotipie) ce se prelungește toată viața, cu sau fără final demențial.

P. Magnan, diferențiind cu minuțiozitate, în perioada 1880-1897, psihoza delirantă primitivă sistematizată, ajunge la concluzia că aceasta ar avea în mod obligator caracterul unui *delir cronic halucinator* și (spre deosebire de majoritatea antecesorilor și contemporanilor săi) îi atribuie — de asemenea în mod obligator — o etapă *de involuție demențială*. Totodată, el diferențiază, de aceeași manieră definitorie, delirul primitiv cronic halucinator de delirurile „acut" sistematizate, care s-ar dezvolta numai la persoanele afectate de degenerescență :

Delirul cronic și degenerescența se opun în totalitate. Cine zice delir cronic, exclude prin acest fapt însăși degenerescența *.

Kraft Ebing, Kahlbaum, Mendel și Kraepelin. Concomitent cu termenul de paranoia, autorii germani au mai folosit și noțiunea de „Verrücktheit" (Ebinger 1845) sau „Wahnsinn" (Schnell, 1865).

* P. Magnan : *Leçons clinique sur les maladies mentales*. Ed. 2, 1897.

Scanned with CamScanner

Punctul de vedere enunțat de Magnan a provocat susținute controverse, care au dus, în mod pozitiv, la clarificarea procesualității psihozelor delirante sistematizate. Sérieux și Capgras argumentau de pildă că, spre deosebire de delirul cronic halucinator descris de Magnan, *delirul de interpretare* (diferențiat de ei ca o formă clinică particulară a psihozelor delirante sistematizate) **, ar fi susținut cu o logică mai coerentă și că s-ar dezvolta de predilecție la persoanele cu o condiție dizarmonică revendicatorie (denumiți „degenerați superiori" de către Morel, Magnan și Régis). Régis, eminentul profesor de psihiatrie de la Bordeaux, considera că în grupul psihozelor „degeneraților superiori" se cuprinde și *delirul sistematizat de revendicare (persecutat-persecutor),* — diferențiat de autorii germani sub denumirea de paranoia, și a cărui tematică este variabilă : ambițioasă, de invenție, procesivă („querulantenwahn"), erotică, de gelozie, mistică sau politică, „aceste forme constituind în fond aceeași boală, formele diferind doar prin culoarea ideilor predominante" ***.

Sérieux și Capgras, la rîndul lor, deși recunoșteau raporturi strînse între delirul de interpretare și cel de revendicare, nu erau totuși de acord că acestea ar constitui o entitate clinică, deoarece delirul de interpretare ar fi totdeauna o „psihoză de raționament", iar delirul de revendicare o „psihoză afectivă".

** Sérieux et Capgras : *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation.* Ed. Alcan, 1909.

*** Régis apreciază că psihozele delirante sistematizate constituie o *speță unică. Psihoza sistematizată esențială progresivă* (noțiune sinonimă cu delirul de persecuție cu evoluție sistematizată Lasègue — Falret, delirul cronic halucinator Magnan, sau paranoia cronică primitivă a germanilor). Psihoza sistematizată esențială progresivă „cuprinde diferite varietăți clinice, sau mai curînd faze ale aceleiași boale" : psihoza hipocondriacă, de persecuție, religioasă, politică, de gelozie, erotică, ambițioasă etc. Psihoza sistematizată esențială progresivă se dezvoltă la o anumită constituție „predispozantă", în sensul „constituției paranoiene" a autorilor italieni, caracterizată în primul rînd prin „orgoliu suspicios".

Spre deosebire de „psihoza sistematizată esențială progresivă", delirurile sistematizate ale „degeneraților" s-ar deosebi prin preexistența unei dizarmonii a personalității, cu stigmate fizice și mintale manifeste, grupare în care include (ca și ceilalți autori clasici francezi) delirul persecutaților autoacuzatori și a persecutaților melancolici ; delirul de autoacuzare sistematizat primitiv și delirul hipocondriac sistematizat ; delirul sistematizat de interpretare ; delirul rezonant sau al persecutaților-persecutori.

Régis — ca și contemporanii săi francezi — critică tendința de a se înglobă sub denumirea de paranoia o varietate de aspecte clinice și simptome care nu se află în corelație propriu-zisă cu delirurile sistematizate și față de care „nu au nimic comun, în afară de manifestarea unor idei morbide circumscrise" : idei fixe și obsesii (paranoia abortivă sau rudimentară) ; confuzia mintală halucinatorie (paranoia primitivă acută) ; deliruri sistematizate a degeneraților (paranoia primitivă cronică originală) ; psihoze sistematizate esențiale și progresive (paranoia cronică tardivă). E. Régis : *Précis de psychiatrie.* Ed. Doin, 1923.

Scanned with CamScanner

Sintetizînd caracterele comune ale grupului caracterizat prin *delir de revendicare* (și diferențiindu-l de delirul sistematizat de persecuție descris de Lasègue și Falret, iar de către Magnan sub numele de delir cronic halucinator sistematizat), Arnaud sublinia următoarele particularități definitorii :

> *Tendința persecutorie bruscă și alegerea precoce a unui așa zis persecutor.*
>
> *Absența halucinațiilor și cel mai adesea chiar a ideilor realmente delirante.*
>
> *Fixitatea sistematizării care nu prezintă pe tot timpul duratei nici o urmă de evoluție.*
>
> *Frecvența stigmatelor fizice, a eredității nevropatice.*
>
> *O stare mintală a cărei trăsătură generală este lipsa echilibrului, care se traduce prin lacune evidente, printr-o activitate absorbantă și sterilă, printr-un raționament complet fals, printr-o neîncredere morbidă, un egoism feroce și un orgoliu nemăsurat.* (op. cit.)

Pe de altă parte, după concepția lui Seglas *, delirul cronic sistematizat halucinatoriu nu ar fi totuși fundamental diferit de paranoia germanilor, deoarece „demența sau parademența este excepțională".

În timp ce marii clinicieni francezi purtau asemenea dispute interesante asupra diferitelor forme clinice ale psihozelor delirante sistematizate „primitive" sau „degenerative" și a evoluției acestora, remarcabilul nosologist E. Kraepelin diferența sub denumirea de *Parafrenie* ** un grup de psihosindroame cu procesualitate intermediară între demența precoce și paranoia, aducînd cu această ocazie următoarele precizări definitorii :

> *Pot fi considerate Paranoia numai acele cazuri clinice care prezintă o dezvoltare lentă și care nu duce la stări manifeste de slăbire intelectuală. Restul, foarte comprehensiv, reprezintă bolile paranoide (inclusiv parafreniile și schizofrenia paranoidă), un grup necoerent, format din părți franc diferite...*
>
> *Cum acest grup (parafrenii) este format în majoritate din cazuri care pe lîngă particularități clinice prezintă asemănări evidente cu demența precoce, am crezut necesar, pînă voi fi mai amplu informat, a le socoti ca forme paranoide ale acestei maladii.*

---

* J. Seglas : *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* Ed. Asselin et Houzeau, Paris, 1895.

** E. Kraepelin : *Psychiatrie.* Ed. 8-a, Leipzig, 1913, v. III, p. 2 ; id. 1915, v. VI.

Scanned with CamScanner

Delirurile de interpretare și revendicare descrise de autorii francezi ar corespunde deci noțiunii lui Kraepelin despre Paranoia, iar „grupul parafreniilor" ar cuprinde diversele deliruri cronice în care se amestecă activitatea halucinatorie și fabulația :

— *parafrenia sistematizată* (psihoza halucinatorie cronică sistematizată Magnan, respectiv delirul sistematizat de persecuție Lasègue-Falret) ;

— *parafrenia confabulantă* (Delirul fantastic de imaginație delirantă).

— *Parafrenia confabulantă* (Delirul fantastic de imaginație Dupré și Logre).

— *Parafrenia fantastică.*

M. Bleuler — promotorul conceptului despre schizofrenie — considera însă că deși între parafrenie (pe care el o denumește „paranoidia schizofrenică") și paranoia există diferențieri clinice, în realitate paranoia nu ar fi totuși altceva decît „o schizofrenie care evoluează cu totul cronic".

*

„Schizofrenizarea" integrală a psihozelor delirante sistematizate nu satisfăcea, desigur, pe toată lumea și îndeosebi pe aderenții la punctul de vedere a școlii franceze, fapt care a dus la noi confruntări și perfectări a orientării nosologice în psihiatria contemporană. Astfel, după retragerea undei de șoc, provocată de „explozia" noțiunii atotcuprinzătoare despre schizofrenie, marii analiști clinicieni Dide și Guiraud * delimitează, în spiritul tradițional al școlii franceze, psihozele delirante sistematizate în felul următor :

> Sub numele de deliruri sistematizate progresive, *noi grupăm sindroamele mintale care posedă următoarele caractere fundamentale :*
>
> *1. Permanența delirului de la apariție și pînă la moarte.*
>
> *2. Progresivitate obișnuită prin aportul elementelor de sistematizare și generalizare.*
>
> *3. Integritatea inteligenței și activității în afara construcției delirante.*
>
> *4. Absența oricărei cauze aparente...*
>
> *Această sinteză* (precizează Dide și Guiraud) *reunește îndeosebi următoarele psihoze, descrise separat de autorii clasici ; delirul de interpretare, delirul de imaginație și psihoza halucinatorie cronică, care au valoare de „forme clinice" și nu de entități morbide distincte. Caracteristica lor psihologică decurge din preponderența unui mecanism al activității delirante (halucinație,*

---

* M. Dide, P. Guiraud : *Psychiatrie du médecin practicien*, Ed. Masson, 1922.

Scanned with CamScanner

interpretare, imaginație), însă acest element este secundar; în toate cazurile evoluția progresivă a bolii rămîne identică, procesele intelectuale în domeniul delirului sînt tulburate în același mod, și în sfîrșit, toate formele de tranziție posibilă reunesc diversele varietăți clinice. Unitatea și esențialul bolii rezultă din faptul că totdeauna o tendință afectivă patologică apare și se dezvoltă pînă la moarte, exprimîndu-se în inteligență printr-un veritabil roman delirant.

Delimitînd delirurile sistematizate progresive de bolile mintale apropiate, Dide și Guiraud consideră că acestea nu cuprind :

1. *Delirurile sistematizate simptomatice* („cu etiologie exogenă evidentă") ;

2. *Demența precoce delirantă* („unde psihismul este afectat de la început în totalitatea sa sub formă de dezinteres, ambivalențe, inactivitate") ;

3. *Psihoza de revendicare* („unde tema morbidă se dezvoltă în lumea reală fără inventarea unui adevărat roman delirant, fără tendință la generalizare, fără alterarea limbajului și a proceselor intelectuale și care riscă să fie confundată cu psihozele de interpretare asemănătoare") :

Psihoza revendicatorului nu este decît manifestarea unei stări constituționale congenitale, evident manifestată cu mult înainte de apariția bolii, în timp ce delirul progresiv contrastează cu starea anterioară de sănătate. Mai mult, și îndeosebi în delirurile progresive, există totdeauna creația unui roman delirant în afara realității, cu transformarea parțială a proceselor intelectuale; în psihoza revendicatorie, din contra, tema morbidă evoluează în real, pornind de la un punct de plecare exact, amplificat prin pasiune; procesele intelectuale nu se efectuează niciodată după modul inconștient al gîndirii (absența interpretării prin aluzie verbală sau prin jocuri de cuvinte)...

Fără îndoială, în practică se găsesc cazuri dificile, forme asociate; un revendicator poate să adauge — de pildă — la psihoza sa un delir progresiv.

Odată cu gruparea nosologică a psihozelor delirante sistematizate, s-a produs și diferențierea (sau apropierea lor) de psihozele endogene fundamentale, respectiv psihozele hipertimice (psihoza maniaco-depresivă), sau psihozele hipotimice discordante (schizofrenia).

Autorii clasici remarcaseră, de o manieră mai mult sau mai puțin evidentă, caracterul hipomaniacal — megalomaniac — în procesualitatea psihozelor delirante sistematizate și elementul anxios în formele delirante hipocondriace sau melancolice. Alți autori, ca de pildă Deny și Specht, au tendința să considere toate delirurile

Scanned with CamScanner

sistematizate ca făcînd parte din psihoza maniaco-depresivă, iar aderenții la conceptul bleulerian de a le grupa în cadrul schizofreniei. În această ordine de idei, ar fi de remarcat că deși Kraepelin și Bleuler subliniază relațiile foarte strînse dintre parafrenii și schizofrenie, ei rețin totuși expansivitatea, exaltarea și fabulația (trăsături de coloratură hipomaniacală), ca fiind elementele clinice fundamentale ale parafreniilor care le diferențiază atît de schizofrenia paranoidă, cît și de sistematizarea paranoiei primitive.

Pe de altă parte, indiferent dacă este vorba de autori germani, italieni, anglo-saxoni sau francezi, cu toții nominalizează „trăsături schizofreniforme" mai mult sau mai puțin evidente în procesualitatea diferitelor psihoze delirante, cu sau fără elemente halucinatorii.

Totodată, deși clasic se afirmă că se poate face o diferențiere etiopatogenică a psihozelor delirante sistematizate în raport de starea premorbidă, nu se poate nega posibilitatea existenței unor anumite elemente dizarmonice constituționale în cazul psihozei sistematizate halucinatorii, după cum nu se poate demonstra că orice bolnav cu delir sistematizat de revendicare trebuie să prezinte în mod obligatoriu și „stigmatele" unei „degenerescențe" fizice sau mintale.

În sfîrșit, deși orice persoană „delirează" în mod diferit în raport de cunoștințele ce le posedă și tonalitatea sa afectivă, nu este mai puțin adevărat că delirul sistematizat de interpretare nu constituie apanajul caracteristic al unor structuri mintale oligofrenice, sau a disnoidismului schizofrenic patent.

> Ideea că un om care gîndește cu logică și fără să facă nici o greșeală poate să fie nebun, nu a încolțit încă în mentalitatea obișnuită.
>
> Scipio Sighele : *Psychologie des sectes*, 1898.

Ajungînd la acest moment analitic factorial al procesualității psihozelor delirante sistematizate și pe care noi le diferențiem ca entitate nosologică endogenă prin noțiunea generică de Psihoză paralogică sistematizată, *vom încerca să ne motivăm opinia cu privire la acest subiect, pe cît de interesant ca studiu psihopatologic, tot atît de important și datorită impactului definitoriu al bolnavului respectiv cu normativitățile sociale din toate timpurile.*

Psihoza paralogică sistematizată *constituie o entitate endogenă ce devine manifestă la vîrsta adultă* *, *dezvoltîndu-se progresiv pe*

---

* Reținînd ca un element clinic relevator apariția psihozei delirante sistematizate după 30 de ani, și în necunoștință față de cauzalitatea biogenă determinantă (și pe care dacă încă nu o cunoaștem nu înseamnă că nu ar exista), se poate aprecia că vîrsta adultă constituie o particularitate ilikipsi-

Scanned with CamScanner

un anumit fond premorbid, caracterizat prin următoarele trăsături dizarmonice ale personalității :

— *trăsături psihopatiforme* predominate de egofilie ambițioasă, care conferă oricărui delir sistematizat caracterul persecutat-persecutor ;

— *trăsături hipertimiforme* (de tip hipomaniacal) predominate de încredere nelimitată în propria persoană, care conferă oricărui delir sistematizat caracterul megalomaniac, cît și forța pasională de propovăduire datorită căreia unii deliranți (îndeosebi celor cu tematică mistică, socială sau politică) reușesc să capteze prozeliți, sau să realizeze veritabile „psihoze de inducție" ;

— *trăsături schizofreniforme* predominate de rigiditate conformistă și nihilism de atitudine, care conferă constanța delirului și convingerea solipsistă în realitatea trăirilor fantasmice.

Categoria psihozelor endogene paralogic sistematizate care include parafreniile și paranoia, se află în relație de grup cu schizofrenia paranoidă. Motivația fantasmică a bolnavului, cu psihoză paralogică sistematizată, nu poate fi confundată totuși cu schizofrenia paranoidă *datorită existenței unei permanente tensiuni hipertimice-reformatorie.* Pe măsură ce motivația este mai lipsită de forța extratensivă-*reformatorie,* cu atît bolnavul delirant se apropie mai mult de paranoidismul schizofrenic, chiar dacă tematica sa interpretativă nu este populată cu fantasme halucinatorii sau elemente involutive de limbaj, ca în următoarele exemple de pildă.

Considerații psihiatrice prin autoscopie

Intrînd eri în cabinetul d-lui profesor B. ca să înmînez unei doctorițe portretul ei moral, ce cu o zi mai înainte îmi ceruse să i-l trasez, d-l profesor mi-a făcut o propunere de un gen obișnuit preocupărilor dumisale științifice, lucru ce m-a măgulit cu atît mai mult cu cît erau acolo vreo șase medici-studenți ce audiau lecția : să pregătesc o conferință despre fenomenele sistematizării în bolile psihice. *Mai înainte de a face asta e necesar a vă lămuri asupra mea. Sufăr de nervi de vreo 45 de ani, cu diagnozele succesive de : confuzie mintală, psihoză maniaco-depresivă, skizofrenie și parafrenie. În această situație unii dintre dvs., neîncrezători, vor spune : „Nouă ne vine poate greu să înțelegem ceea ce ne spune un profesor, specialist, dar cum vom putea pricepe ce spui dumneata, bolnav, care vei începe să debitezi lucruri absolut încîlcite, neinteligibile, așa cum fac toți cei*

---

hologică favorizantă atît prin condițiile optime pentru sinteze și sistematizări obținute prin experiență, cît și datorită creșterii frecvenței impresiilor persecutat-persecutorii în condițiile de maximă angajare socială, compensate însă în condițiile normale prin sistemul referințelor logic-dialectice ale normativității mintale.

Scanned with CamScanner

ca dumneata ?" Eu însă vă voi dovedi că acest punct de vedere al dvs. e absolut eronat. Deşi am numai şase clase de liceu teoretic, cultura mea, însumînd cunoştinţe din toate domeniile cugetării : religie, filosofie, ştiinţă exactă, arte plastice, literatură, beletristică şi ideologică, medicină nervoasă, istoria culturii şi a civilizaţiilor, biografia oamenilor celebri. În afară de asta, vreau să vă mai atrag atenţia asupra unui element deosebit de important ; fiecare profesor universitar are metoda lui proprie de a preda ; unul e sec şi pedant, altul rece în expuneri şi distant, unul apropiat sufleteşte de ascultători, unul îşi argumentează dicţia cu pitoresc într-o cuceritoare amabilitate ; dar niciunul din ei nu se poate sustrage expresiei savante, uneori foarte abstracte, pentru că însăşi formaţia sa i-o dictează.

D-l profesor B., de o cultură ştiinţifică şi filosofică uluitoare, aşa cum reiese cel puţin din Itinerar psihiatric, nu se poate sustrage expresiei savante şi lecţiile dumisale presupun că studenţii au ajuns aproape la stadiul profesorului, căci îl enervează să se coboare la explicaţii mărunte, de atelier. Eu însă, căruia îi convine cealaltă formă : pitorească, aş vrea să cred că voi fi mai explicit decît orice profesor universitar.

Domnilor : filosofia şi mai ales psihiatria, ce e una dintre disciplinile ştiinţifice cel mai apropiată de cugetarea filosofică, presupune, ca să nu lungesc prea mult vorba, participarea. Dacă medicul psihiatru nu este din toate punctele de vedere superior unui internist de pildă, adică refuză de a se recunoaşte un simplu funcţionar limitat la a-şi face datoria subsumîndu-se medicamentelor, atunci va privi misiunea sa sub adevăratul ei nume : sacrificiu. Cine nu se sacrifică nu înţelege nimic. Numai spiritul de abnegaţie şi dăruire, numai în devotament şi desinteres de propria sa persoană, desbrăcată de cele mai infime forme ale egoismului poţi găsi adevărata răsplată.

Un om bolnav de nervi, trebuie să se înţeleagă de fiecare din dv., un skizofren, paranoic sau de-a dreptul confuz mintal, pe care vreţi a-l studia, pentru a şti cum să fie tratat, este o fiinţă umană pe care, orice s-ar spune, nu conflictele cu ceilalţi oameni, din familie sau nu, l-au adus în starea sa, la un desechilibru mintal. Atunci cînd există desechilibrul mintal, imaginarul are mai multă realitate sensibilă decît percepţia a ceea ce se numeşte real, neînţelegerile cu propriul său eu, superficial sau mai profund, după caz, generează fuga de realitate şi autismul accentuat.

Conflictele cu cei din jur oricînd pot exista în viaţa cuiva, dar nu ele propriu-zis cauzează boala nervoasă, ci ecoul lor în cineva, după cum acesta le-a permis să aibă efect asupra sa, conform cu importanţa pe care le-o atribuie un suflet tare, insensibil la întîmplări exterioare ce vin în atingere cu el sau, dacă e vorba de un om cu o sensibilitate maladiv dezvoltată, foarte atent la dezastrul interior ce i-l cauzează.

Scanned with CamScanner

Sistematizarea, aşadar în skizofrenie sau paranoia, asupra căreia d-l profesor m-a rugat să-mi îndrept atenţia într-o conferinţă, nu se produce în virtutea persistenţei elementelor antinoetice în viaţa sufletească pe care le-ar cauza nevoia de compensare sub forma reacţiilor inteligente asupra propriei lui sensibilizări, ce e forma unei obişnuinţi cu ceea ce bolnavul crede că în atitudinea sa faţă de el însuşi îi face bine sau îl mulţumeşte iar altora nu le produce nici un rău. Într-un fel, asta e o formă a modulării, ce nu se va transforma în demodulare decît numai dacă pacientul, dîndu-şi seamă că, în conflictele cu oamenii, nu pe ei trebuie să-i schimbe ci pe el însuşi, aşa cum spune Epictet : „Nu dori să transformi nişte lucruri a căror schimbare nu depinde de tine".

Asta, domnilor, înseamnă că medicului psihiatru îi revine dificila sarcină a unei psihoterapii prin sfaturi de autoanaliză date bolnavului, de critică permanentă a propriei lui persoane, de scrutare a tot ce face în lumina înţelepciunii şi raţiunii, de aplicare a tot felul de medicaţii psihologice : lectură, plimbare în aer curat, meditaţii asupra perfecţionării fiinţei umane şi altele de felul acesta ; căci medicamentele ingestabile sînt de scurt efect, cu îndoelnic rezultat şi nu pot înlătura niciodată recidiva psihopatologică. Dacă punctul de plecare al sănătăţii mintale este conştiinţa, cea mai imediată urmare trebuie să fie neapărat cunoaşterea şi toate aplicările ei în viaţa cuiva.

8.XII.1977

Emil

Convorbiri prin telepatie

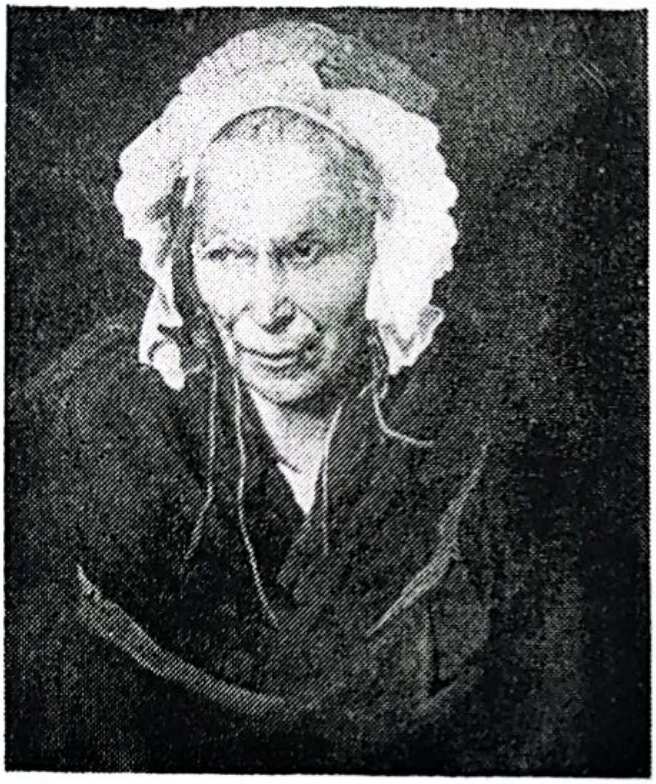
— *Ana, bună seara.*
— *Ce mai faci ? Ai avut o zi grea...*
— *Da, pentru mine a fost o zi de încercare pentru fraţi. Familia mea a fost invitată la mine cu ocazia împlinirii a 4 ani şi a zilei mele onomastice care trebuia s-o serbez pe data de 26.I.1978.*
— *Cîţi ani împlineşti ?*
— *Împlinesc 39 ani.*
— *În ziua de 26.I.1978 vei fi invitata noastră.*
— *Cu acest prilej îţi urăm şi noi mulţi ani !*
— *Cu ce dată te apuci de învăţat ?*
— *De învăţat, mă apuc după data de 15.I.1978.*
— *De ce ?*
— *Am foarte mult de lucru.*
— *Ana, noi te rugăm ca în fiecare seară, cel puţin o oră s-o sacrifici pentru limbi străine.*
În seara aceasta la ce limbă vrei să înveţi o oră ?
— *În această seară voi învăţa la limba engleză...*

La revedere

2.I.1978

FINTINARU · NECULAI

Scanned with CamScanner



„Nebuna" imortalizată de Géricault, *ilustrează contrastul dramatic dintre ţinuta îngrijită şi atitudinea persecutat-persecutorie de ascultare telepatică, contrast caracteristic în cazul bolnavilor afectaţi de psihoza paralogică halucinatorie şi autoconducţie păstrată*

Parafrenicii, *cu toate că îşi alimentează interpretările delirante relativ sistematizate cu predilecţie din fantasmele onirice sau halucinatorii, se deosebesc totuşi de schizofrenii paranoizi prin expansivitatea lor confabulatorie hipomaniacală, în care este vorba, în primul rînd, de grandoare, persecuţie şi uzurpare. În acelaşi timp, extravaganţa lor delirantă contrastează cu o capacitate de autoconducţie evident mai bună comparativ cu schizofrenii paranoizi bornaţi de parademenţa lor afectivă.*

Pe de altă parte, insistenţele interlocutorului de a clarifica afirmaţiile delirante nu determină, ca în cazul paranoicilor reformatori, o contra-argumentaţie paralogică suficient de coerentă, ci îi provoacă parafrenicului o reacţie iritabilă persecutat-persecutorie cu exaltarea expansivităţii confabulatorii :

— *Şi medici din cinci continente mi-au făcut operaţia ovală, punîndu-mi o inimă de aur... datorită căreia am devenit nemuritor.*

— Dar în timpul operaţiei ai simţit vreo durere ?

— *Cum să mă doară dacă era în vis !*

— Atunci înseamnă că nu ţi s-a făcut cu adevărat operaţia ovală.

— *Dumneata nu ştii nimic, vrei să mă încurci, aşa cum îi prosteşti şi pe medicii ăştia, ca să creadă că sînt parafrenic !...*

— Un medic : Dar cine sînteţi dumneavoastră, vă rugăm să vă prezentaţi.

(Cu falsă modestie şi zîmbet poznaş, mimînd un gest de cochetărie feminină cu mîinele şi şoldurile) :

Scanned with CamScanner

— *Eu sînt Cavalerul Stelian, împăratul virgin al tuturor continentelor şi vă cer să-i duceţi la puşcărie pe hoţii şi banditii care mi-au furat averile, iar mie să-mi daţi bilet ştampilat să intru în proprietăţile mele... etc.*

De reţinut că parafrenicul respectiv are lungi perioade expansive cînd caută să-şi etaleze cu satisfacţie fantasticul său delir confabulator, punctat prin calambururi, cîntec şi pantomimă, fără a pierde însă nici un moment remarcabila sa capacitate de autoconducţie, după cum alteori, abătut şi depresiv fiind, nu părăseşte camera luni în şir.

Deşi, comparativ cu paranoicii, conţinutul paralogic al delirului parafrenicilor este deosebit de evident chiar şi pentru cei neavizaţi, nu este exclusă posibilitatea ca acesta să fie indus şi altor persoane aflate pe coordonate mintale apropiate. Astfel, în cazul Cavalerului Nastacu, mama şi două surori au dezvoltat un delir progresiv de inducţie („delir în doi") referitor la nedreptăţile ce i se fac „Cavalerului Stelian, la naşterea căruia a răsărit o stea călăuzitoare". Ca răspuns la alegaţiile indușilor, „Cavaler Stelian" păstrează o atitudine de superioară condescendenţă, pe care o manifestă dealtfel — ca toţi deliranţii paralogici — faţă de afirmaţiile oricărui alt bolnav :

— *Ascultă bade,* (îl apostrofează Cavalerul pe un revendicator procesoman) *ce o faci pe popa* (bolnavul respectiv poartă barbă şi plete) *şi te ţii de fleacuri şi necăjeşti oamenii ! Aici la spital nu-i locul dumitale că eşti voinic pe dinafară ca un cocoş ; de ce nu-ţi iei un băţ în mînă să te duci să munceşti şi să ne laşi în pace cu procesele, că noi nu avem timp pentru asta...*

(Replică împăciuitoare, cu ton blînd şi zîmbet complice, din partea revendicatorului procesoman) :

— *Ei lasă, lasă !*

Parafrenicii nu pierd simţul umorului şi găsesc adeseori răspunsuri potrivite în afara tematicii lor delirante :

Cavalerul Stelian s-a montat în expunerea sa grandilocventă, ascultată cu simpatie de grupul său de auditori. În momentul cînd îşi etala mai emfatic titlurile sale de împărat al globului pămîntesc, este rugat, confidenţial, să cumpere un pachet de ţigări. Politicos, se întrerupe imediat din expunere spre a executa rugămintea, şi sesizînd apoi intenţia de a fi întrerupt, zîmbind, dă următoarea replică din mers :

— *Uite cum m-ai dus, dar lasă, mă întorc repede !*

Parafrenicii, deşi se irită cînd se simt consideraţi bolnavi, şi cu toate că nu pot argumenta de ce stau în spital decît doar în sensul că ei sînt victimele persecuţiei, au plăcerea totuşi de a-şi dezvolta

Scanned with CamScanner

public acuzațiile, atunci cînd li se oferă un prilej convenabil. Astfel, o bolnavă, care stă în spital de mult timp, este invitată să participe la o ședință de socioterapie. Se prezintă la ora indicată, în brațe cu un cățel, pusă pe gîlceavă :

De ce mă deranjați ! Vreți să mă prezentați ca bolnavă, pe mine, care am fost dusă la spital deoarece voiau să scape de mine (și lăsînd cățelul jos) :

Poftiți, faceți experiență pe el !

După scurt timp, se reîntoarce cu o bolnavă oligofrenă, pe care o îngrijește cu devotament, ca să ajungă astfel, în mod indirect, la expunerea tematicii sale persecutat-persecutorii, pe care o susține apoi fără de sfîrșit.

Pentru exemplificarea tensiunii hipertimice care îi însuflețește pe parafrenici în susținerea megalomanică a tematicii lor persecutat-persecutorii, redăm un fragment din „reclamațiile fluviu" pe care le mai adresează încă această virulentă septuagenară, infirmînd opinia despre demențierea lor obligatorie :

D-le Director

Eri nu v-am găsit. Vă mai scriu doar caietul acesta și atît. V-ați gîndit la locuințe pentru personal. Și în spital ar trebui, locuințele fiind casă de mintali. Sora șefă la fiecare pavilion să aibă locuință ca să meargă bine treburile. Mutările dese nu duc la bune rezultate. Pedepse și la muncă cu cei ce nu vor să muncească. Să-și cunoască datoria și pe urmă cînd nu se învață minte nici cu amenda, trimiși la plimbare cu tot cazierul, să nu-și mai poată găsi slujbă ; la sapă e bine ! Sau cînd au pierderi să le rețină la salar ; ca să aducă în schimb nu-i bine... fură dintr-o parte și dă în alta.

Dumneavoastră, conducătorul medic, trebuie să știți cine e la muncă și cine nu. O bolnavă grasă, Valerica Amargheoalei, e cam așa ; a venit soțul ei s-o ia acasă, azi duminică. Are nuntă o fată a lor și nu a vrut a merge acasă.

Cine alta îi dă lucru decît maistra B. care nu e controlată și numai vîră zizanii între bolnave învrăjbindu-le cu atîtea afițări ? Dumneavoastră conducătorii nu trebuie să dați voie ca bolnave conștiente să pună la cale bolnavele ca să nu mă ajute, deoarece eu le îndemn la bine. De ce le asmute împotriva mea spunînd că eu sînt bolnavă rea ? Să vă arăt infernalul dosar, cum mă tratează de cînd m-au adus între baionete, ca să-și ajungă scopul fiecare, începînd șantajul acesta de la acel cămin al tinerelor fete...

Scanned with CamScanner

Ruşine şi barbarie, inscenare infernală a criminalilor medici care mă trimit din spital în spital că sînt imposibilă în societate ! Ce grijă ca salariaţi medici îmi purtaţi ?

Urmează în continuare „Număr special", cu schiţe de înfrumuseţare a pavilionului în care locuieşte :

— Fereastră model cu draperie şi fereastră fără briz-brizuri pentru sala de mese. Tablou. Asta este ciocănitoarea, sora şefă tot ca ea.

N. B. noptiere practice ca cele ce am văzut în pavilionul I, ar fi frumos şi practic şi la cronici.

Marchiză cu uşi duble, W.C. la sala de mese, draperii cum arată modelul.

N. B. Nu pot scrie cu stiloul dăruit stricat de dr. P. O murdărie de cerneală.

Jos briz-brizurile. Jos schimbul la ora 22 !

Faceţi un bloc de locuinţe sus la Winkler sau în vale la poartă pentru personal şi medici.

La textul de mai sus, datînd din anul 1974, adăugăm un nou fragment, din 1978, spre a ilustra contactul său vigil cu ceea ce o înconjoară.

Să nu mai faceţi cărţi. Să puneţi pe foc cartea în care m-aţi pus. În ce anume scop şi cu ce drept ?... Repet, nu va merge mult ! Ca acelora ce nu eu le-am făcut-o : prof. O. trîntit de colegul său T. După el renumitul P. s-o otrăvit luîndu-i-se pavilioanele în care s-a ilustrat. Cu ce şi cum ? Atît a spus că eu sînt rea, furioasă, şi cîţi alţii. Am spus să-mi faceţi o garsonieră sus, deasupra biroului unde sînteţi. Greu a face tot ce este uman ? O dovedeşte anii grei de interdicţie nedreaptă (fără zece luni, jumătate de secol mi-aţi distrus viaţa). Pe a cui spuse ? Ce, v-am rugat ? Cu ce drept şi spusele cui internată ?...

S. F.

Producţia extratensivă a respectivei septuagenare apare în contrast evident comparativ cu minuţiozitatea discordantă cuprinsă în stereotipia epistolară a unui schizofren paranoid în vîrstă de 35 ani, de profesie învăţător, care scria zi de zi din spital personalului din acelaşi spital, numeroase cărţi poştale după acelaşi stereotip şablonizat :

Adresa trimiţătorului

D. Sendriuc internat adus de jandarmi complici la Spitalul Socola Iaşi, P.I.B. etajul doi de sus ospiciul secţiei a III-a cu domiciliul cu Bogdanovici ? Stoican ? Are nevoie de claritate deci nu are claritate din naştere se zice neclaritate mintală. În acest spital de nervi se cheamă delir cronic ca la toţi cei născuţi sub

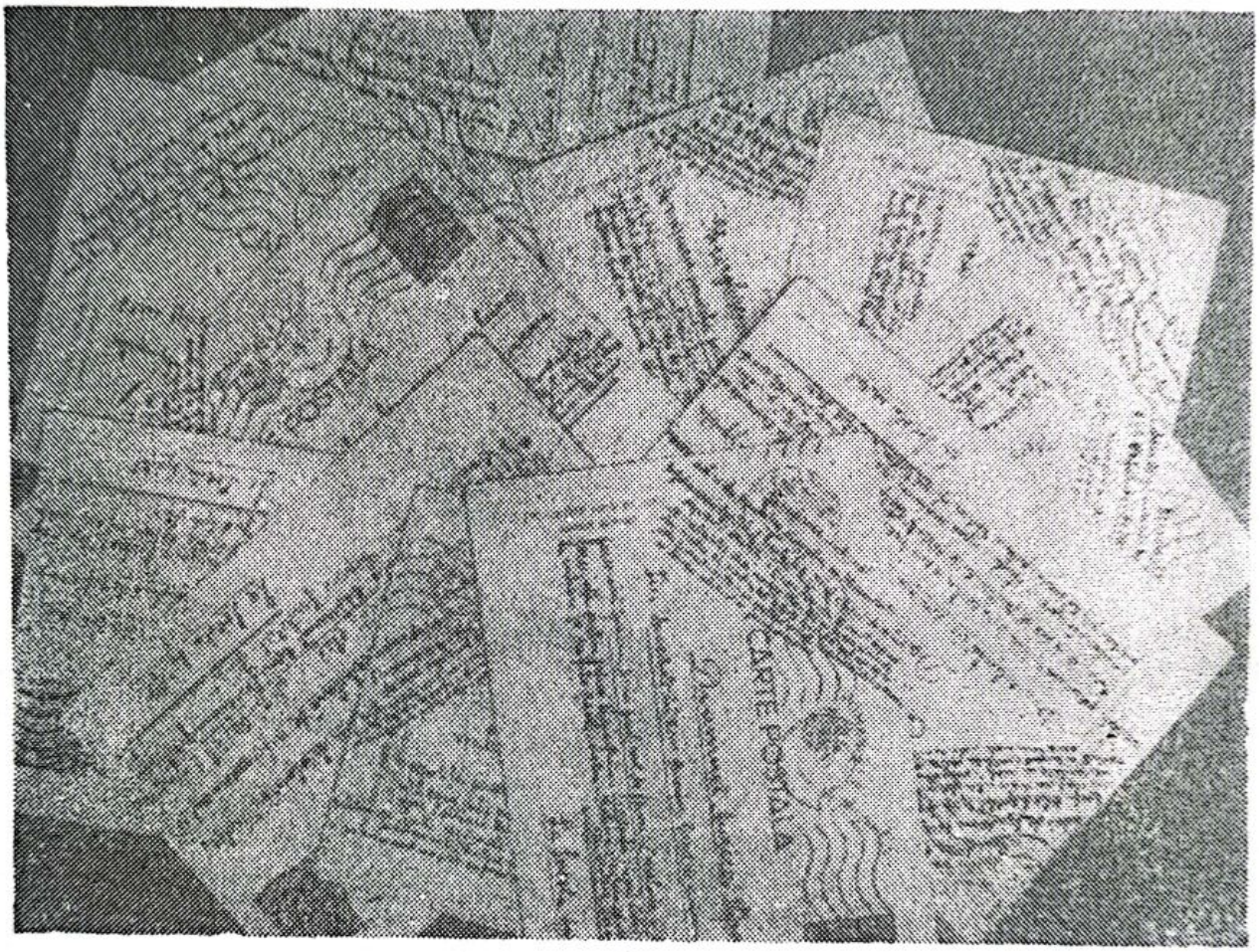
Scanned with CamScanner

constelația de la 21 martie și aprilie sînt născut la 24 martie alienat și persecutat cronic.

Adresa destinatarului

f. urgent.

Domnișoara Elenuța Niculaevici Chirilă domiciliată în comu-



Stereotipie paranoidă schizofrenică.

na Bucium biroul de mișcarea populației personale spitalului Socola P.I.F. locuința pe dreapta vizavi de farmacie la intrare pe dreapta pavilionului între cele două etaje: doi de sus și întîi de jos. Pretura Copou oficiul Copou — jud. Iași — La Socola Spital.

Textul scrisorii

vineri 13 iunie 1941 Iași

Mult stimată domnișoară supraveghetoare zisă primă.

Pe data de 26 aprilie 1941, mi s-a înmînat de Vasile o c.p. adresată mie oficial cu numărul 42 din 24 aprilie 1941 al notariatului comunal din satul Mînăstirea Doamnei oficiul Corni județul

Scanned with CamScanner

Botoşani — notariat numit Mînăstirea Doamnei şi al comunei Mînăstirea Doamnei. Un lucru foarte ciudat! Că deşi eu sufăr de claritate şi sînt în lipsa acestei calităţi chiar din naştere, ca şi toate şi toţi cei născuţi sub constelaţia, soarta, ţinta, destinul, scrisul, fatalitatea, temperamentul, timpului de la 21 martie 21 aprilie ceea ce în acest spital se denumeşte lipsa de claritate neclaritate = nu-i clar = în diagnostic. Totuşi prin c.p. a mea cu numărul arătat mai sus mi s-a făcut în minte o claritate şi anume am ajuns să nu ştiu de unde sînt ca şi un copil la minte şi bătrîni de ani şi cărunt la cap. Un copil de 4 ani de-l întrebi cumva cam repede se fisticeşte şi de multe ori din neştiinţă nu poate da răspunsul neştiind cum se cheamă satul unde este el şi de abea dacă ştie cum îl cheamă şi dacă ştie a cui este el. Prin c.p. nr. 42 de mai sus ce o am asupra mea se vede că şi acum deci 13 iunie 1941 sînt cu domiciliul în satul Agafton comuna Mînăstirea Doamnei oficiul Corni judeţul Botoşani după cum se constată din registrul stării civile de născuţi pe anul 1906 cu rubrica de observaţiuni de la data naşterii mele 24 martie. Că după acea rubrică se constată mutaţia de domiciliu dacă are sau nu scris în ea mutat, deşi mutaţia am cerut-o cu cerere scrisă, timbrată şi înregistrată.

Necesitatea hipomaniacală a parafrenicilor de a comunica cu anumite persoane oficiale care le inspiră simpatie sau pe care doresc să le tragă la răspundere pentru nedreptăţile pe care ei consideră că le suferă, se manifestă totdeauna din plin în genul lor epistolar încărcat, cu ortografie neglijentă, stil alert şi cu fugă de idei improprii rigidităţii schizofrenilor paranoizi, aşa cum rezultă şi din următoarea scrisoare, reţinută la întîmplare din copioasa corespondenţă a unui inofensiv parafrenic cu delir confabulator :

31 iunie a.c.
Domnule Profesor şi Domnilor Consilieri,
Domnii mei.

Ca de obicei, Duminică 30 februarie a.c. m-am întreţinut cîteva ore cu logodnica asupra educaţiei familiare pe care am primit-o fiecare din partea părinţilor în anii adolescenţii, unde ne-am orientat asupra unor gînduri despre naşterea copiilor la care ne-am spus unul altuia cam următoarele :

Copiii i-ar aduce barza, ba că ne pomenim cu ei în vis, prin somn, ba că-i găsim în aşternut fără ca noi să ştim şi alte argumente de acest gen.

Tot în acelaşi zi m-am dus la părinţi şi m-am consultat asupra acestor probleme despre copii, la care mi-au răspuns ca să fiu pe pace, că copiii cresc din pămînt : (se nasc) din pămînt.

Scanned with CamScanner

La aceste argumente am răspuns cam așa: dacă așa stau lucrurile, vom jura că vom fi împreună pînă cînd vom vedea cu ochii noștri cum primul copil va crește din pămînt. Ca pe o floare vom căuta să-l udăm la rădăcină, pînă cînd el însuși va face primul pas pe planeta pămînt fără a pune mîna pe el. Atunci nu au mai avut grai părinții noștri de a ne mai da explicații asupra acestor argumente.

În continuare:

I N V I T A T I O N

Doamna și Domnul — *Doamna și Domnul*

Gavrilă Olteanu — *Aurel Anton*

Au onoarea a vă invita de a participa la ceremonia căsătoriei fiilor domniilor sale Mitică și Valeria.

Cununia va avea loc Duminică 31 aprilie a.c. la biserica „Sfîntul Sisoi" de pe „Bulevardul Principele Ferdinand nr. 25".

Masa, dansul, ca și felicitările, vor avea loc în saloanele arestelor din incinta „Poliției de pe bulevardul Carol I" din localitate.

Primiri se fac la orișice oră din noapte sau zi.

Domnișoare de onoare: Paulina, Tatiana, Nely, Mitran, Zamfira, Ediu, Maricica, Lucreția, Magda, Maria și altele.

Cavaleri de onoare: Lipsesc cu desăvîrșire.

N U N I

Doamna și Domnul:

Alexandru Aniței — Constantin Omur — Mitran Ioan (Chitară)

La această nuntă nu vreau să participe sub nici o formă familia Finaru Petre ca și neamurile sau rudele deoarece nici nu vreau să-i bag în seamă după cum nici domniile lor nu mă bagă în seamă, pentru nimic în lume.

Nu fac acest lucru din invidie sau dușmănie, numai pentru a evita orice fel de discuții conflictuale și nu aș vrea să mai comit vreo crimă și cînd sînt îmbrăcat mire.

Vineri 29 februarie 1971

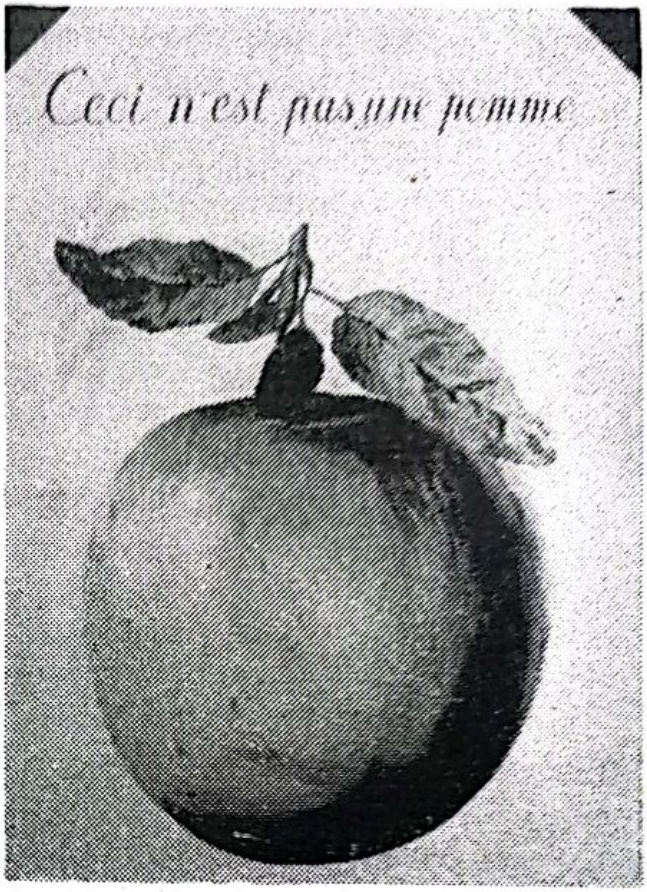
Trăsnea D.

(semnează cu parafă)

Datorită extravaganței productive a delirului și îndeosebi datorită caracterului lor vindicativ persecutat-persecutor, parafrenicii sînt identificați cu ușurință, încă de la începutul bolii.

Scanned with CamScanner

Paranoicii *păstrează o atitudine aparent mai apropiată de normalitate comparativ cu parafrenicii, fără a fi prin aceasta mai puțin iresponsabili. Paranoicii își susțin tematica delirantă cu o sentențioasă demnitate, folosind o argumentație paralogică, pe cît posibil mai convingătoare, concluziile fiind însă în mod obligatoriu false, chiar dacă se pleacă de la premise exacte. Propovăduiesc pasional și dezvoltă neobosit tematici reformatorii concomitent megalomanice și persecutat-persecutorii, afișînd de obicei cu ostentație atitudini, documente și însemne ale drepturilor sau misiunilor ce și le arogă.*



Ceea ce tulbură pe oameni nu sînt lucrurile, ci ideile care și le fac despre lucruri

Epictet

Paranoicii pot să aibă o comportare aparent „ireproșabilă" în afara tematicii delirante, după cum, în anumite împrejurări, își disimulează delirul sau îl oficiază sub o motivație aparent plauzibilă pentru cei neavizați. Neidentificarea lor poate constitui un potențial manifest de periculozitate, îndeosebi cînd paranoicul este animat de convingeri omucidare (magnicide în primul rînd).

Deși comparativ cu paranoiacopații și schizofrenii paranoizi preocuparea omucidară este excepțională în cazul paranoicilor, ei aduc totuși totdeauna prejudicii, cel puțin vexatorii, persoanelor sau instituțiilor incluse în tema lor persecutat-persecutorie. Situația devine cu totul deosebită atunci cînd unii dintre paranoici reușesc să inducă prin forța lor de propovăduire pasională convingeri sectare.

Internați în spital, deliranții își consolidează tema persecutat-persecutorie, protestînd neobosit împotriva declarării lor ca bolnavi mintali, la orice for posibil, medicii fiind acuzați cel puțin de complicitate în „sechestrarea" care consideră că se exercită asupra lor :

Scanned with CamScanner

Domnule Profesor Director,

Subsemnatul M. J. de 45 ani, licenţiat în Drept, în prezent internat în spitalul „Socola", printr-un fals politic medico-judiciar, sub acuza de paranoia, după cum susţine expertiza medicală din 14 iulie 1967, a clinicii din Tg. Mureş, respectuos vă înaintez prezenta cerere,

*Prin care vă rog ca după examinarea dosarului şi a motivelor pe care le invoc, să binevoiţi a interveni întru împlinirea legii pentru a mi se ridica măsura de siguranţă *.*

Elementele falsului sînt: probele dosarului de internare sînt false, expertiza medicală nelegală, netemeinică, necorespunzătoare şi improprie pentru internare şi însăşi hotărîrea s-a dat prin fals inchizitorial care a ajuns pînă la înlăturarea unor probe cîştigate dosarului într-o şedinţă precedentă — fals comis pentru ascunderea adevărului material.

Expertiza medicală din 14 iunie 1967 — la rîndul ei — este contradicţia crassă dintre conţinut şi concluzie; în sensul că după ce consemnează integritatea intelectului reţine că aş suferi de „delirul menţionat" reţinînd şi Decretul din Septembrie 1957; ca, în concluzie, să mă acuze de „paranoia" pentru că nu mi-aş da seama de imposibilitatea demonstrării unui fapt demonstrat de actul medical; ca atare, actul medical se cerea cenzurat de justiţie, prin consecinţă hotărîrea în întregime fiind nelegală, netemeinică şi improprie pentru o internare în spital;...

Internarea subsemnatului apare şi mai gravă deoarece, între timp au apărut legi care obligau la redresarea atît a consecinţelor negative obiective, cît şi a drepturilor subiective lezate, categorie în care intră şi subsemnatul.

Aşa fiind, vă rog să purcedeţi întru cele legale, cu atît mai vîrtos că spiritul românesc nu are nevoie de crime sadice săvîrşite prin spital. Este evident că solicitînd intervenţia Dumneavoastră, vă rog să primiţi şi asigurarea respectului ce vi-l port.

Iaşi la 8 aprilie 1969 *Cu stimă,*

M. J.

Impactul social al paranoicului se produce de obicei după o îndelungată fază de rumegare solitară a preocupărilor delirante, ecloziunea delirului fiind determinată de fapte aparent banale, pre-

---

* M. J. dezvoltă de la vîrsta de 30 ani o tematică paralogică megalomanică social-politică, prin care îşi arogă, de o manieră persecutat-persecutorie, paternitatea tuturor reformelor survenite de-a lungul istoriei contemporane.

Scanned with CamScanner

cedate de aluzii și atitudini surprinzătoare pentru anturaj, prin supraestimarea propriei persoane :

B.S.N., în vîrstă de 60 ani, de profesie medic, solicită insistent internarea în spitalul „Socola", pentru a infirma diagnosticul de „paranoia", care consideră că i s-a pus de specialiști necompetenți în urma unei conspirații a organelor sanitare.

Din afirmațiile sale, rezultă că neînțelegerile ar fi izbucnit drept urmare a faptului că i s-a impus să ia concediu de odihnă în luna mai, deși el și-l planificase în luna septembrie... și atunci a hotărît să declare greva foamei, reclamînd în același timp la toate forurile posibile nedreptatea ce i s-a făcut.

În clinică are un comportament aparent normal, diferențiindu-se totuși printr-o atitudine de reținută demnitate, lăsînd să se înțeleagă că ar fi preocupat de probleme de o deosebită importanță.

Față de atitudinea „ermetică" afișată, se adoptă tactica așteptării condescendente cu dialoguri convenționale. După cîteva zile, evident iritat, solicită politicos și totuși imperativ, să fie convocată imediat o plenară a medicilor, deoarece are de prezentat „o comunicare foarte importantă pentru știință și îndeosebi pentru medicină și psihiatrie".

În fața plenului medical, B.S.N., expune, timp de două ore, curgător și atractiv, o prelegere despre *Constituția corpului omenesc în lumina noutăților fizice*, prin care caută să demonstreze — fără să afirme direct — că „El" este descoperitorul adevărului fundamental al lumii și vieții. În acest scop, folosește axiomatic metoda deducției și asociației noțiunilor, prin care, cu evidentă satisfacție megalomanică, consideră că a surprins esența fenomenelor elementare — argumentația sa paralogică sistematizată conducîndu-l la concluzii eronate, chiar și atunci cînd pleacă de la premise exacte.

La terminarea expunerii, este întrebat de participanți dacă și-a oficializat importantele sale descoperiri.

Deși mereu suspicios față de forul psihiatric, căruia dorea să-i demonstreze „științific" că nu este „paranoic", întrebarea pusă îl determină să precizeze și latura persecutat-persecutorie a delirului său megalomanic de invenție, prezentînd copii de pe documentele înaintate în repetate rînduri Academiei, începînd din 1954, prin care cere să i se „oficializeze existența noutăților fizice Roatomice cel puțin ca idee, teorie sau ipoteză nouă".

Mereu frămîntat de preocuparea infirmării diagnosticului de „paranoia", cît și de setea de a-și oficializa „descoperirile revoluționare în știință", solicită o nouă ședință de comunicări, pentru a se lua act de al doilea capitol privind *Actele omului în lumina noutăților fizice*, fără de care consideră că nu poate fi înțeleasă în mod corespunzător doctrina sa cosmogonică despre lume și viață.

Scanned with CamScanner

Răspunzîndu-i-se că această nouă şedinţă nu se poate ţine, deocamdată, deoarece marea majoritate a medicilor sînt plecaţi în concediu de odihnă, insistă neliniştit să se ţină totuşi cu medicii prezenţi.

La această variantă de urgenţă, i se propune ca expunerea să fie consemnată după stenogramă sub forma unui referat dactilografiat, „spre a rămîne ca un document care să poată fi oricînd consultat de cei interesaţi".

Acceptînd soluţia, convenabilă ca motivaţie probatorie, însă evident deranjat deoarece nu-i dădea totuşi satisfacţia de a-şi desfăşura extratensiv producţia delirantă în faţa unui numeros auditoriu, se limitează la acrite alegaţiuni megalomanice, care încep cu următoarea precizare persecutat-persecutorie :

Observaţie : Conţinutul celor descrise mai jos, fără a cunoaşte cuprinsul referatului susţinut şi problema privind noutăţile dezvăluite de medicină, pe baza datelor fizice pe care le-am făcut cunoscute la 24.VII.1962, fără a se cunoaşte partea a doua a referatului care n-a fost încă susţinut şi fără lămuririle care urmau să fie date la întrebări şi discuţii, se pretează a constitui o probă ca autorul să poată fi stigmatizat ca dezechilibrat neuro-mintal....

Spre deosebire de schizofrenii paranoizi sau parafrenici, paranoicii caută insistent să-şi cucerească prozeliţi corespunzător motivaţiei lor pasionale, transpusă în argumentaţia delirului megalomaniac de interpretare. În acest scop ei recurg, în primul rînd, la tentaţia enunţului unor avantaje materiale sau ideale pe care le oferă celor dispuşi să-i asculte, ca şi la ameninţări. Nereuşita acţiunii propuse nu-i determină să renunţe la tema megalomanică interpretată, ci, dimpotrivă, le stimulează în plus motivaţia persecutat-persecutorie, ei aducînd noi argumente paralogice pentru consolidarea convingerii neclintite în recunoaşterea finală a justeţii acţiunii lor, oricît de îndepărtată sau de iluzorie ar fi aceasta :

..Dumneavoastră sînteţi primul grup de medici care aţi participat la şedinţă şi aţi luat cunoştinţă, deşi incomplet, despre ideile noi în fizică şi medicină afirmate de subsemnatul. Acestea avînd un caracter ce depăşeşte descoperirile de pînă acum, vrînd nevrînd ajungeţi să figuraţi în paginile istoriei valorificării acestor noutăţi.

Totodată însă, v-aţi situat la răscrucea perspectivelor cu două alternative.

Prima alternativă :

1 — să fiţi primii pionieri pentru valorificarea noutăţilor. Populaţia mondială aşteaptă nerbădătoare să i se vină în ajutor pentru a se alina suferinţa şi a i se îmbunătăţi viaţa ;

Scanned with CamScanner

2 — să fiți primii vestitori ai cunoștințelor noi prin publicațiile pe care veți fi antrenați să le faceți.

3 — să contați ca întemeietori ai primului centru științific medical pe baze noi;

4 — să ajungeți primii instructori pentru a împărtăși celor dornici ca să le cunoască și care nu vor întîrzia să apară în toate colțurile lumii;

5 — veți contribui să schimbați sensul deprimant al noțiunii „Socola" într-un far de lumină științifică, plăcută omului.

A doua alternativă:

1 — întîmplarea cu ședința din 24 iulie 1962 și participanții la ea, care totuși ajung să fie înscriși la fel în istorie, dar cu un regret.

Repet: referatul din 24 iulie 1962, fără a cunoaște cuprinsul următorului referat ce urma să se țină și fără a fi completat cu rezultatul discuțiilor, rămîne ca un referat de idei lansate, greu de admis, neconvingătoare.

Imi vine greu să admit că în mijlocul colegilor participanți la referat, care faceți parte dintr-o instituție — centru de cultură medicală, să nu existe spirite cercetătoare, îndemnate să se documenteze pentru a se lămuri dacă noutățile corespund sau nu realității.

Interesul general, subliniez, al omenirii, reclamă ca noutățile în medicină, dezvăluite de noutățile fizice, să fie valorificate de ei cît mai repede...

Răspund la unele întrebări de la ședința din 24 iunie 1962.

1 — Întrebare: cum se face că forurile de specialitate în fizică, deși înștiințate, nu s-au sesizat?

Răspuns: — n-am avut posibilitatea să convin cu ei personal, pentru a susține afirmațiile verbal — condiție esențială în promovarea unor idei.

2 — Întrebare: dacă v-ați asigurat paternitatea descoperirii?

Răspuns: noutățile fizice cu noutățile dezvăluite în medicină și alte specialități științifice, le consider ca un bun al omenirii. Interesul meu este ca aceste noutăți să fie valorificate cît mai repede, indiferent de cine. Noutățile însă mă asigură că cel care a ajuns în posesia descoperirilor mele, dacă le va sesiza integral, va fi primul care îmi va recunoaște paternitatea.

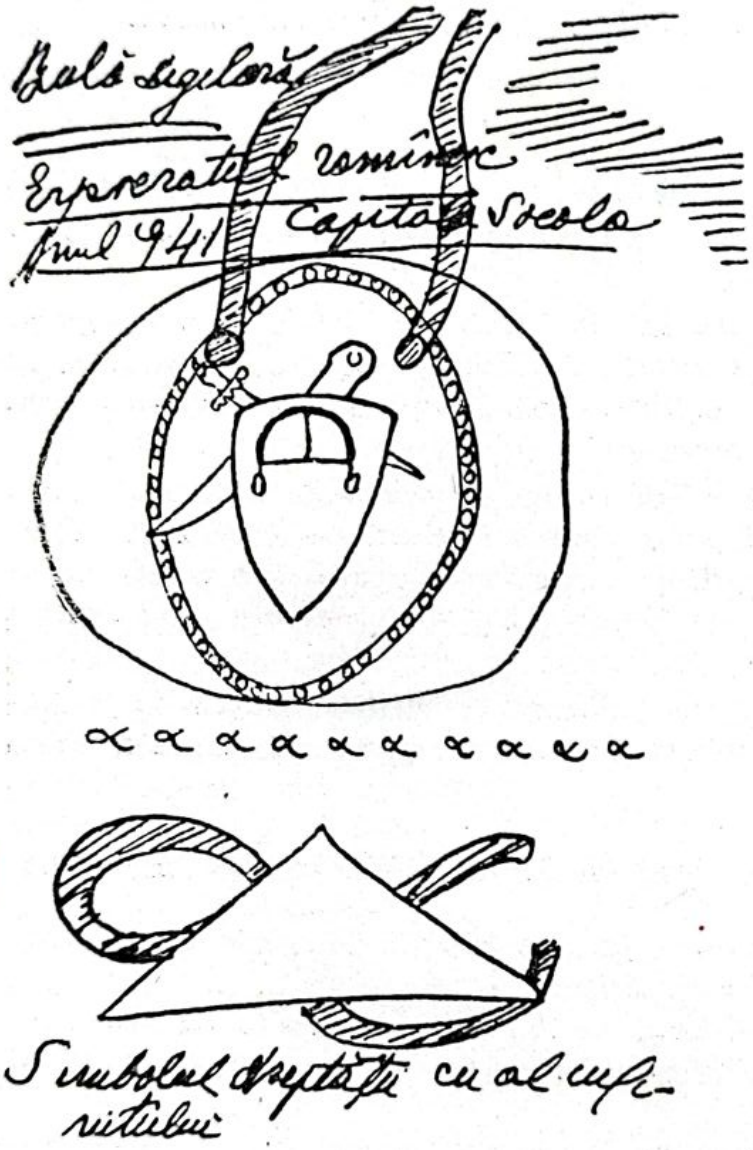
Prezenta redactare a fost dactilografiată în 4 exemplare și toate sînt semnate de subsemnatul pe fiecare pagină.

Dr. B. S. N.

Scanned with CamScanner

Psihoza paralogică sistematizată,
forma mixtă interpretativ — halucinatorie

Obligați de realitățile clinice, sîntem nevoiți să insistăm asupra faptului că nu sînt excluse cazurile unde tematica paranoică — adică delirul propriu-zis de interpretare — se dezvoltă sistematic, prin intermediul fantasmelor halucinatorii de tip parafrenic, fără ca bolnavul respectiv să fie totuși un schizofren paranoid, datorită hipertimiei sale extratensive reformatorie.



Din însemnele dr. G. S., „R.P.A.R."

Pentru aceste considerente, apreciem că se poate vorbi de categoria psihozei paralogice sistematizate care, după caz, poate fi predominant interpretativă — paranoia, halucinatorie — parafrenia sau formă mixtă.

Cunoscînd mai îndeaproape evoluția psihopatologică a unui „caz" excepțional de *psihoză paralogică sistematizată formă mixtă interpretativ-halucinatorie*, vom proceda la analiza biografică a dr. G. S. (doctor în litere și filozofie), întrucît permite să se constate posibilitatea coexistenței la aceeași persoană a principalelor particularități morbide descrise ca forme distincte în cadrul diverselor forme de parafrenie sau paranoia, respectiv delirul cronic halucinator, fără a constitui totuși un aspect caracteristic al schizofreniei paranoide.

Egofilie ambițioasă și hipertimie reformatorie

— În copilărie se pare că aș fi fost foarte sentimental. Mă interesau mult discuțiile din casă asupra politicii... aveam capacitatea

Scanned with CamScanner

de a rîde și a plînge cu autorul ; sufeream pentru cei necăjiți... eram cuprins de timiditate față de tata, eram afectuos și puternic atașat de mama...

Încă de prin clasa a III-a de liceu simțeam că aș putea deveni cineva în România. Erau visuri de om însemnat, nimic cristalizat însă...

La vîrsta de 18 ani m-am îmbolnăvit de scarlatină.

Eram într-o stare gravă. Auzeam că s-ar putea să nu mai scap. Atunci fiind în primejdie de moarte, m-am gîndit : dacă scap, să joc totul la loterie, ori cîștig ori mor.

— Din liceu simțeam atracție pentru filozofie ; la profesorul Valeriu Hulubei lucrarea mea despre Polemica de logică dintre Titu Maiorescu și Dobrogeanu Gherea, *a fost notată cu 10.*

După absolvirea liceului se înscrie la Universitatea Mihăileană, Facultatea litere și filozofie, urmînd și cursurile Facultății de drept.

Un student strălucit. Trece toate examenele cu bile albe, „nici una roșie". Se întreține din meditații și apoi ca secretar al Facultății de filozofie.

Licența o ia cu subiectul *Critica judecății estetice la Kant,* în 1914 *, și doctoratul în filozofie cu subiectul *Despre evaluarea estetică,* în 1918, ambele fiind distinse cu Magna cum Laudae.

— Ca moment al formațiunii mele filozofice, am lucrarea Individual și social în creațiunea de artă, *ce a fost tipărită pe cheltuielile profesorului Gusti.*

Profesorii mă îndemnau spre cariera universitară ;... eu tindeam însă a deveni celebru în sens politic-revoluționist.

1919 — Se află în Franța ca bursier spre completarea studiilor, unde se ocupă de gazetărie fiind corespondent la „Sfatul Țării" :

— Timp important pentru mine. Și pe străzi citeam !

1920 — Se găsește în Italia și la Viena.

— Lucram cu disperare și gust. Era atît de frumos ! Mergînd singur pe drum, săream și cîntam.

Anii 1921—1923 îi trăiește prin muzeele și bibliotecile din Londra, aprofundînd *mesianismul.*

Transformarea autismului imaginativ în solipsism patologic

— Mă simțeam capabil de a lansa mișcarea și această dorință era foarte mare. Lucrarea Neculai Iorga de iarnă și mînjii lui Sîn Toader de primăvară (prin care aspira să dărîme constituționalismul

---

* În timpul efectuării serviciului militar se îmbolnăvește de pleurezie și este reformat.

Scanned with CamScanner

românesc și să dezvolte noi principii internaționale) *era în formă cvasi definitivă.*

Efervescența reformatoare îl cuprinde tot mai mult și America tuturor posibilităților îl atrage, ca El-Dorado pe vechii aventurieri.

— *Spre a lansa o nouă doctrină, originală, practică și universală pentru care mă simțeam pregătit temeinic, avînd studii serioase, putere de sintetizare și convingere și predestinat încă !*

Pregătit cu scrisori de recomandație de la cercul studenților străini din Anglia pentru rectoratul din Washington, este gata de îmbarcare.

Stadiul inițial de sistematizare a psihozei paralogice : megalomanie persecutat-persecutorie și erotomanie halucinatorie

Pe Atlanticul biciuit de furtună, transoceanicul se zbate în hulă și tangaj ; e noapte tîrzie și pe coverta pustie, răvășit de răul de mare, G. S. se află cuprins de fantasmele erotice ca miticii argonauți :

— *Visam cu ochii deschiși o principesă lîngă mine și mă gîndeam să-i fac un copil, care, simbolic, să fie puternic și tumultos ca oceanul învolburat !...*

La Washington, impresia fugară ce o avea, încă din 1920, că se încearcă să i se citească gîndurile, devine siguranță.

— *Începe să mi se vorbească zi și noapte : nenumărate glasuri nu mă lăsau să dorm, mă sculau ca să-mi spună fel de fel de lucruri, îmi dădeau sfaturi, mă insultau. M-am speriat, îmi dezvăluiau și secretele sexuale ! Disperat le spuneam : știu, lăsați-mă în pace, nu mă interesează ! Însă ele continuau.*

Să nu crezi că mi-a fost ușor ! Principesa era frumoasă, de familie, cultă, îmi plăcea. Dacă consimțeam la o căsnicie, intram în familia regală, astfel că atitudinea mea revoluționară, antidinastică, nu mai avea nici un rost. Mă angajasem însă. Mișcarea era lansată, astfel că nu mai puteam da înapoi.

Configurarea tematicii megalomane social-politică și mistic-cosmogonică

Un rezumat al lucrării *Neculai Iorga de iarnă și Mînjii lui Sîn Toader de primăvară* îl dactilografiază în nouă exemplare, din care unul îl prezintă la Federația bisericilor americane și pe celelalte le răspîndește la diferite oficialități, expunîndu-și astfel concepția sa.

— *Prin această mișcare se propaga dreptatea, după o concepție nouă. Se dorea realizarea voinței lui Dumnezeu, a dreptății în lume.*

Scanned with CamScanner

Se voia prin calea aceasta să se ajute la formarea unei alte mentalități și să se puie prima piatră milenară a unei mișcări internaționale. S-a putut crea și propaga în sens teocratic, timp de doi ani, în Statele Unite. Minunea făcu ca să se poată comunica, prin telepatie, prin mistică, pentru propagandă și pentru controlul celor interesați. Am găsit atenții amabile și aprobări în biserici americane și în afară de biserici. Domnișoara Pankhurst a caracterizat în Marble Collegiate Church noua concepție teocratică, ca o adevărată profeție a vremii.

— Cine este domnișoara Pankhurst ?

— *Nu știu sigur. Ar fi o englezoaică dintr-o familie vestită, căreia nu se știe cum i-a căzut în mînă un exemplar din manifestul programatic — și care în acea biserică protestantă mi-a adus laude, ca unui nou profet al vremii... Preotul din altar a anunțat că s-a vorbit de teocrație și înclinîndu-se respectos, m-a arătat cu mîna. Toată lumea mă cunoștea și se întorcea ca să mă admire. Față de atîta atenție, am plecat jenat.*

Începe urmărirea mea. Adeseori șovăiam, eram cuprins de frică în fața amenințărilor. Totuși eram bine pregătit, moartea nu mă impresiona, eram decis să merg pînă la capăt.

Între peripețiile urmăririi mele, îți spun că la Washington a fost tras un glonte care a spart peretele însă nu m-a lovit. Mi se spunea mereu să nu mă apropii de ea, că voi fi provocat la duel. Totuși, fără să mă tem și doritor de a înfrunta adversarii, am luat-o pe genunchi și mîngîind-o îi vorbeam. Bineînțeles că nu în realitate.

Se refugiază de la Washington la New York, fugărit de amenințările halucinatorii.

Nici aici, inamicii mei și ai ei nu mă lasă în pace. Pentru a doua oară se atentează la viața mea, trăgîndu-se cu revolverul dintr-un parc. Nici de data aceasta n-am fost lovit. Atunci am auzit voci românești : De ce n-ai chitit bine ?

Viața era aspră, bani nu aveam din belșug, îi cîștigam din greu muncind manual. Doream să muncesc ca să cunosc totul, să fiu trecut prin totul, chiar și prin mizerie, trebuia să devin muncitor manual pentru cîtva timp. Totuși era greu, nu găseam de lucru. Văzîndu-mă îmbrăcat bine, un om mai subțire, se fereau să mă angajeze.

Fără adăpost, obosit, flămînd și hărțuit de halucinațiile amenințătoare, care îi consolidează convingerea persecuției, se adresează poliției acuzînd autoritățile de complicitate și lipsă de politețe față de o persoană străină, de valoarea lui.

Poliția îl internează la spitalul Wards Island *spre a fi izolat de inamicii telepatici,* de unde este transferat la Morgan și apoi trimis în țară.

Scanned with CamScanner

Perioada de stare a sistematizării delirante: nesiguranța persecutat-persecutorie se transformă în euforie extratensivă reformatoare.

— 1925. *Pe vasul ce mă transporta spre țară, muzicile îmi cîntau, vasul se mișca și se așeza ascultător după cum călcam și auzeam spunîndu-mi-se că sînt Mesia!*

Ajuns în țară, își continuă activitatea în cadrul „mișcării teocratice", citind foarte mult și certîndu-se mereu cu bibliotecarul universității deoarece acesta nu voia să-l lase și peste noapte să studieze.

*

— De ce acordați dumneavoastră atîta importanță misticii?

— *Are importanță să știi ce gîndește cineva de la distanță de mulți kilometri: de pildă soția, un copil sau un dușman; are importanță de a te feri de boale, să nu vie un spirit aproape care să-ți dea o boală, dacă a venit să-l poți alunga și să te vindeci. Spuneam și despre altele: de pildă să înțelegi un vis, să poți veni în contact cu duhul unui sfînt și să ceri ajutorul sufletelor descărnate care sînt răspîndite în natură și care pot fi de mare ajutor în alte vieți.*

Religiile sînt încărcate cu asemenea cunoștințe despre mistică. Cum să nu dăm noi importanță misticii știind lucrurile acestea!

— Care v-au fost mijloacele de informare în această știință mistică?

— *Nu numai că am citit despre știința aceasta, dar avem și o experiență personală, urmărită zi și noapte.*

— Dacă este atît de important misticismul, de ce este așa de puțin aprobat de pozitiviști?

— *Cauza uimitoare a acestui fenomen se găsește între altele în egoismul de a păstra forțe mari, pentru sine însuși, de a nu lăsa să fie cunoscute de alții aceste forțe; de teama ca alții să nu abuzeze, ca de otrăvuri.*

— Dumneavoastră ați aprofundat mesianismul. În ce constă și după ce criterii vă conduceți în această privință?

— *Mesianismul nu este numai de caracter creștin, este și de caracter mozaic și de alte caractere în afară de mozaism și creștinism.*

Am studiat mesianismul și în interpretarea lui mă conduc după mine însumi, nu am un model străin.

Chestiunea mesianică este atît de vastă, așa de mari interese umane și cosmice deșteaptă, încît nu am putut, cu toate cercetările mele, să am toate informațiile de care am nevoie.

Scanned with CamScanner

Cît de serioasă este această chestiune și cît de vaste cercetări ar trebui să întreprindă cineva, ca să poată spune că este informat suficient. Ar trebui de pildă să știi ce spune însuși Dumnezeu Tatăl, ce spune Isus, ce spune Sfîntul Duh, ce spune Mohamed, Moise, Crișna, Zaroastru, Budha, Confucius și alții.

*Nu se poate baza numai pe ceea ce se găsește în unele texte sfinte, în unele studii și alte izvoare. Cum să vii în contact cu aceste mari personalități ale lumii, începînd cu Dumnezeu Tatăl, despre care se spune că există și că ar fi creatorul cerului și al pămîntului? Nu știi unde să ceri audiență, unde să-l găsești ca să-l adori și să-l întrebi, ca să te clarifice *.*

Ceea ce am putut face, este de pildă, să mă informez relativ asupra mesianismului, să găsesc un mod personal de interpretare. Cercetați în această privință, ceea ce puteți găsi. Discutați dacă e bine aceasta, după spiritul dv. de liberă cugetare.

Am căutat pe cît s-a putut să ne apropiem — eu și tovarășii mei — de idealul mesianic, și sper, că după cît se poate controla, am reușit, în unele privințe, să produc o operă de valoare, de pildă în chestiunea judecății oamenilor, teoretic și practic. Dacă cineva din timpul nostru ne-ar dovedi că el este Mesia, noi sîntem gata a-l recunoaște și a-l susține, dacă ar fi posibil.

— Bine, dar se poate întreba cineva dacă poate să existe în realitate un Mesia în sens teozofic, dacă acest personaj nu ar exprima doar mitica aspirație umană spre idealurile dominării naturii?

— Este adevărat că în mesianism sînt lucruri din cele mai uimitoare, de necrezut ca arderea pămîntului, fierberea apelor, schimbarea cerului.

Dar dacă acestea și altele sînt uimitoare, lucrurile realizate deja, pe care noi le cunoaștem, sînt atîtea ocazii de uimire, încît cineva ar spune că cine știe dacă mesianismul cu condițiunile lui nu ar fi realizabil și de el.

Se crede de pildă, că este o imposibilitate să se citească continuu gîndurile de la distanță și astăzi este lucru dovedit ca posibil, aproape ca banal pentru noi. Acum se știe că nu numai lucruri pozitive sînt reale ci și lucruri supra pozitive, supra normale, minuni, sînt posibile. Dacă nu înțelegem atîtea fenomene, este din cauză că se păstrează secretul explicației lor, după cum se păstrează secretele de stat. Pot alții să voiască să le afle, sînt personalități însă care au interesul să ție forțele acestea pentru dînșii, să nu le dea pe mîna altora, a dușmanilor de pildă.

— Dacă înțeleg corect, vă referiți astfel, în mod ezoteric, la aspectul politic al doctrinei mesianice.

— Mișcarea noastră a ajuns la o amplă doctrină cu caractere noi pe care o numim „doctrina de drept sau de teocrație".

---

* De subînțeles : spre deosebire de „El, Dumnezeul de Drept".

Scanned with CamScanner

Sîntem foarte mulți care discutăm și discuția nu-i numai cruțătoare, și ajungem uneori la forme de persecuție înspăimîntătoare; *mai în fiecare zi sîntem amenințați cu moartea și dacă ne-ar prinde că idei de ale altora le dăm ca ale noastre, ar fi în stare să ne ucidă, așa de mare este scrupulozitatea științifică, ura analizei împotriva noastră, dusă și prin cercetarea mintală telepatică.*

Ce urmărim noi?

Deja avem o doctrină enciclopedică largă, aprofundată și ceea ce este mai uimitor, corectă.

Nu vrem să fim egoiști, izolați de societate. Avem nevoie și de ajutorul altora, așa încît să ajungem la o doctrină științifică și de dragoste, care să accepte și pe alții, de cîte ori se poate.

Motivația paralogică a tematicii megalomanice persecutat-persecutorie

— Ce răspundeți la afirmația de a fi bolnav mintal?

— *Nu am fost, nu sînt și dacă voi avea hazard fericit, s-ar spune că nu voi fi niciodată! Lupta vieții însă, ne-a dus printre altele și la casa de nebuni. Aceasta nu înseamnă însă — pentru un om bine informat — că a fost nebunie la mine. A fost o măsură abuzivă pentru a ne împiedica să producem, să avem o bună reputație, să propagăm, să trăim cu o femeie frumoasă și de mare societate, trebuia să fim compromiși în mod drastic și în parte s-a reușit.*

Mi s-ar spune că putem spera totuși că adevărul asupra sănătății mele va ieși la iveală odată, chiar din partea personalului psihiatric al spitalului Socola, personal competent și cinstit și că oamenii serioși și cinstiți vor ști să se adreseze la operele noastre și să aprecieze bine, dînd în lături sforțările disperate de a mă înnebuni, ducîndu-mă la casa de nebuni, ținîndu-mă aici mulți ani închis, în persecuție, în mijlocul nebunilor.

— Domnule doctor, se cunoaște mai exact de la cine pornește persecuția?

— *Nu este acum timpul de a preciza de la cine pornește persecuția, principalul este că există! Există pentru antidinasticismul ei relativ, pentru ambițiile ei de a ajunge la conducerea statului român, pentru ambițiile ei de mare mișcare culturală în lume și pentru altele, inclusiv utilitatea ei la începutul mesianismului.*

Principalul s-ar spune că este să crească forțele noastre de rezistență, de dominație și să scadă forțele de opoziție față de noi, ca să vedem încă din timpul vieții realizat, în parte, idealul nostru în țară și în străinătate.

Scanned with CamScanner

M-am intitulat R.P.A.R., ceea ce înseamnă rege particular al României. Explicația modestă a titlului este că românii neavînd pînă acum un rege național și fiind aceasta o rușine mare pentru o națiune, am căutat să mă sacrific și să creez un fel de conducere națională liberă, fie și într-un ospiciu la început.

Studiile mele neobișnuit de mari la români, doctrina, programul, sacrificiul tinereții mele, îmi dădeau dreptul să nu mă subordonez în fața unor străini aristocrați. Dacă erau ei bine în unele privințe, eram și eu bine de asemenea.

— Are mișcarea partizani ?

— Nu se știe totul ce se petrece acum. Sînt și lucruri de păstrat secret, nu se știe perfect viitorul. După cît se poate spune, s-ar nota ceea ce se lucrează și odată va ieși la iveală opera într-o mare colecție de documente zilnice denumită ANALELE DE SAFIR.

*În afară de aceasta, sînt atîția care cunosc foarte multe lucruri în mod direct, pozitiv, cunosc și din manuscrisele mele și în sfîrșit cunosc dintr-o extrem de minuțioasă analiză mistică activitatea mișcării. Pe cale supranaturală, telepatică, s-a lucrat încă din America. S-a vizualizat, s-a cunoscut, s-a discutat, s-a memorizat, s-a transmis celor în drept informații la orice distanță terestră și în lumea cealaltă a spiritelor, așa încît ar fi speranța că mișcarea aceasta nu se va pierde *.*

Sînt prea mari forțele morale în lume, încît chiar dacă ele ar avea de suferit din cauza acestei mișcări noi, să se poată crede că ea se va pierde într-adevăr. Prea mult spirit generos, eroic și divin este în lume, ca să se creadă că ea va dispare. Așa am auzit spunîndu-se de cunoscătorii în materie. Colaboratori în toată regula în jurul meu, mai aproape, ca de exemplu cluburi, ziare, registre, finanțare, toate lucruri adorabile de altminterea, nu se știe să existe. Ce-o fi existînd la distanță și în secret doar !

Fiecare persoană delirează
cu ce știe și cum simte

Mesianismul fără parabole și minuni este un nonsens. *Parabolele* dr. S. din care redăm doar cîteva, conțin pe lîngă suavitatea ludicității infantile și naunțe umoristice ce dezvăluie trăsătura hipertimiei sale constituționale.

Trandafirul alb. Pe vremea cînd era încă în America și pe cînd muncea ca lucrător manual, din puținii bani pe care-i avea, a cum-

---

* Pe măsura trecerii deceniilor și a nerealizării aspirațiilor, dr. G. S. și-a deplasat apoi tot mai mult interpretarea delirantă megalomanică în imortalitate și reîncarnare mesianică.

Scanned with CamScanner

părat un trandafir alb pe care l-a dedicat iubitei ideale, ce o dorea în singurătatea lui.

Fructul pustiului. Tot la New York, în anul 1924, cîştigînd într-o zi mai mulţi bani, a cumpărat cîteva curmale, pe care le-a împărţit declasaţilor de la hotelul „For Gentlemen Culy", unde dormea şi el : *După cum curmalii cresc în pustiu şi-şi dăruiesc roadele celor care îl străbat, tot aşa din cîştigul puţin am împărţit simbolic darul celor ce flămînzesc.*

Parabola sitei. În veşca unei site a introdus un clopoţel. Veşca a colorat-o în albastru, peste care a schiţat în negru semnul matematic al infinitului şi anticile măşti de scenă : masca serioasă, masca comică şi masca tragică.

Într-o după-amiază cu soare, s-a aşezat pe un ţol vîrstat, şi-a pus pe genunchi un şervet, după care a cernut prin pînza sitei (care avea şi cîteva găuri mai mari), grîu, neghină şi bomboane aurite. În timp de cernea, un bolnav, pe care îl pregătise în prealabil, sărea într-un picior, simbolizînd astfel „realitatea dezorganizată din jurul Dreptului" :

— Clopoţelul sună ca un cîntec al vieţii care curge, ca un sunet ritmat şi misterios al evoluţiei lucrurilor. Culoarea albastră de pe veşcă simbolizează valoarea Dreptului, ca ceva intermediar între cunoaşterea perfectă a lumii solare şi întunericul haosului.

Neghina reprezintă răul, grîul binele, iar bomboanele luxul şi poezia.

•

Subuniversul visului şi al fantasmelor halucinatorii, contribuie fundamental la motivaţia interpretativă şi construcţia delirului megaloman în cazul dr. S., demonstrînd în acelaşi timp corelaţiile de grup dintre parafrenie şi paranoia.

După cum s-a remarcat deja, dr. S. prezenta tulburări halucinatorii complexe intra- şi extra-ceptive încă din 1923, care l-au condus în decursul timpului la convingerea ireductibilă despre realitatea „telepatiei mistice".

Înainte de deşteptare pentru ziua cînd hotărîse să citească „crezul latin" în biserică, dr. S. are un vis în care i s-a arătat patriarhul şi mitropolitul şi alţii ca dînşii :

— atitudinea lor faţă de mine, în vis, era de atenţie, simpatie, vivacitate. Patriarhul spunea cuvintele cu care este lăudat el — că este mare şi zdravăn. Fiind acest vis înainte de cetirea crezului, s-ar putea interpreta ca un fel de aprobare pentru cetire.

Scanned with CamScanner

13 august 1941. Azi dimineață cînd mă întorceam pe drumul de la poarta ospiciului spre pavilion, cîteva gloanțe, trei-patru, au pornit dinspre șoseaua Socola și au trecut prin fața mea... Acesta este al doilea atentat împotriva mea, pe lîngă cel de la 1 august în luna aceasta. Cineva îmi spune să scriu *.

Mai 1946. Vede îngerul păzitor care se așează în dreapta sa și îi îndepărtează spiritul rău, care se pierde ca un fum undeva într-un colț.

Halucinațiile gustative au un caracter imprecis, „de gust amar".

În notele sale mai consemnează :

— *gîndindu-mă la o femeie frumoasă, am senzația unui parfum, sau de teracotă caldă.*

Ca un exemplu remarcabil privind rolul deosebit al halucinațiilor kinestezice în dezvoltarea delirului de interpretare, dr. S. descrie *minunea de unduire a pămîntului.*

Între manifestări supranaturale ale mișcării, trebuie remarcată și aceasta : merg în curtea internă a spitalului sau în alte părți și apăsînd cu picioarele, după mers, cu dreptul, apoi cu stîngul, suprafața pe care calc devine mai elastică. Se scoboară, se ridică, unduiază. Este exclusă posibilitatea de iluzie produsă prin apăsarea picioarelor sau printr-un curent mistic. Cu observația noastră serioasă de bun simț, experimentată de zeci de ori, se constată că este vorba de o onduire supranormală a suprafeței călcate. Cîteodată se aude de la distanță și un huruit în legătură cu apăsările picioarelor **.

Halucinațiile de tip psihomotor, descrise de Seglas, se remarcă de asemenea și în cazul G. S., fără a fi însă pe primul plan. Astfel, cînd este mai mult timp observat, se remarcă cum se oprește brusc din discuție, ascultă o clipă, rîde sau murmură ceva și apoi continuă mai departe. De asemenea, cînd ascultă cu atenție, mișcă buzele mimînd cuvintele pe care le „aude" endofasic. Alteori poate fi auzit exprimînd propozițiunile pe care le gîndește.

Dr. S. precizează și aspectul extraceptiv al „pseudo-halucinațiilor" :

— *vocile care se aud par mai reale, în special la distanță. Dat fiind că ele sînt de la mare distanță, nu ar fi posibil a fi auzite cu urechea. Deci sînt recepționate telepatic, mistic.*

---

* Începuse războiul și se afla în alertă, așteptîndu-se ca dușmanii să atenteze la viața sa.

** Majoritatea paranoicilor — deși nu-și alimentează delirul din halucinații — vorbesc totuși de unele episoade de perturbare kinestezică complexă (asociată cu modificări concomitente auditive și vizuale), pe care le raportează cu exactitate la o trăire interioară de o mare intensitate emoțională.

Scanned with CamScanner

Prin halucinațiile extraceptive (intrapsihice) își creează și elementele euforice ce-i consolidează convingerea delirantă, corespunzător aspirațiilor sale afective.

Tematica inventatorie (delirul de imaginație), necesitate paralogică în construirea și dezvoltarea delirului sistematizat

Orice putere are nevoie de însemne și distincții. Dr. S., la rîndul său, s-a preocupat mereu de inventarea de însemne și distincții, corespunzător drepturilor ce și le aroga :

Bula sigilară — *Astăzi, 21 februarie 1941, am făcut o bulă sigilară din lut. Am vopsit-o în verde-negru. În mijlocul ei am imprimat emblema Erperatului și a Mișcării de Drept : un scut cu ghioaga și spada și sus o coroană groasă din lanț.*

Emblema am vopsit-o cu argintiu. Benzile ce susțin bula le-am dat cu argintiu. Este o încercare de bulă sigilară în lut. La nevoie, vom vedea ce fel de bulă să avem. Una ca aceasta ar putea servi întrucîtva ca model.

28 aprilie 1941. Astăzi am dat să execute la atelierul de aici, obiectul simbolic pe care l-am denumit Scorpion. *La capătul mînerului mi-a săpat litera zodiacală a Scorpionului. Mînerul de fier se termină cu semnul infinitului ∞ împletit cu semnul Dreptății Δ și al lui Dumnezeu*. Mînerul e de fier mai gros decît semnele infinitului și a lui Dumnezeu. Acesta este un fel de sceptru, obiect simbolic al Mișcării de Drept Teocratic, de știință a Mișcării Teocratice. El îmi servește și pentru afacerile românești ; nu este ceva special numai pentru erpeerat. La ce se poate întrebuința ? De pildă, un șef, președinte de cerc, îl ține în mîna stîngă, conferindu-i prin aceasta autoritatea Mișcării Teocratice.*

„Scorpionul" îl reprezintă pe El însuși, deoarece consemnează undeva : „Eu sînt din planeta Marte și din zodia scorpionului", „ochiul" supravegherei teocratice și expresia „infinitului cosmogonic".

Inventarea însemnelor Mișcării nu constituie un simplu joc de imaginație, ci un adevărat studiu revăzut de nenumărate ori, cu meticulozitate și preciziune :

— *să concep o marcă poștală pentru poștă mistică ; televiziune, telepatie, radio. Să nu se uite radio la poștă. Poșta radiofonică. Să*

---

* În simbolismul biblic „ochiul lui Dumnezeu" este prezentat prin litera delta, fapt care îl face să se gîndească și la „microscoape cu lentile triunghiulare".

Scanned with CamScanner

concep și o marcă radio-poștală. Mărcile poștale ar mai putea fi din blană ștofă, celuloid etc.

Aceeași meticulozitate o acordă creării modelelor de bani cu efigia și însemnele sale, a costumelor și podoabelor.

„Invențiile" dr. S. — ca inițiator al mișcării teocratice — reflectă în același timp și pulsiunea sa pentru creația artistică :

— să încerc o construcție, nu cu simplicitate geometrică, ci cum ar fi frumusețea sălbatică a unui copac. Astfel, ușa cu ferestrele, ar fi ca o creangă în lături.

Motivația ludică a creației artistice ca necesitate interioară, se transpune și în următorul „Dans de parabolă" :

— Azi 13 decembrie, micul gardian Mihai, m-a anunțat că ninge afară. Prima ninsoare astăzi !

În sfîrșit, am scos talgerele de hîrtie albă să bat afară din ele pentru prima ninsoare. Am ieșit prin galerie cu pași de patinaj și cu mișcări alternative, înainte și înapoi, a mîinilor în care țineam, băgate în mînere, talgerile. În curtea internă a palatului nostru provizoriu, *am mai găsit cîteva motive de dans, muzică și poezie cu talgerele. Mișcări orizontale joase pot sugera zăpada întinsă pe pămînt. Mișcări de scuturare ușoară, exprimă fulgii mici ce cad de la înălțime. Mișcări divergente și de scuturare, însoțite de ciripiri, imitație a ciripitului vrăbiilor din zarzări. Învîrtirea trupului cu talgerile în lături, vibrînd, redau vîrtejurile de fulgi. Înălțarea talgerilor în sus în sens de slăvire a lui Dumnezeu-Tatăl. Fluturile vai, fără cap, ca și cele două aripi lipite pe talger, sînt fulgii de zăpadă fără sens. Frunzulițele de salcîm : noi am căzut de cu toamnă cu aurul nostru lipit pe talgere, frunzulițele de argint a zăpezii cad de abia acum. Paiangănul : mi-a furat fire din coridor. Nu sînt ele mai fericite pe talgerul de hîrtie, de cît funigeii prinși pe iarbă sub blănița zăpezii, sub care dorm întinzîndu-se cît sînt de lungi. Dormitează ei. Noi, paiangănii știm ce-i dormitarea.*

Preocuparea „estetică" și-a menținut în mod remarcabil prospețimea în cazul dr. S., chiar după decenii de evoluție a bolii :

30.XI.1963. Medicul din serviciu consemnează la evoluție :

— „în ultimele zile ale lunii, bolnavul — ca și în alți ani — a procedat la ceremonia de încununare a toamnei".

*

Datorită culturii estetice, tematica de invenție a dr. S. nu se poate opri doar la însemne, distincții sau creații personale ; el va căuta să reformeze, în mod necesar, însești principiile artelor plastice :

20 ianuarie 1937, Ospiciul Socola.

Stimate Domn

Am cetit în ziar dările de seamă ale congresului artiștilor plastici din România și m-au interesat într-un mod deosebit. S-a ur-

Scanned with CamScanner

mărit de congres tendințe care ne atrag în o anumită măsură și pe noi, mișcarea națională de la ospiciul Socola. *Regretăm că din cauza împrejurărilor n-am putut lua parte la congres și aș fi putut face aceasta, fiind după cum poate că știți, specialist în chestiuni de artă, doctor în estetică. Neputînd fi la congres, permiteți-mi să adresez Sindicatului artiștilor plastici, ce prezidați*, un memoriu sub formă ocazională de însemnări, *pe care, vă rog să aveți bunăvoința a-l studia, făcînd prin aceasta, un act de colegialitate și mai mult decît atîta, un act de interes pentru profesiunea noastră. După cum veți fi știind, la ospiciul acesta de la Iași, unde sînt internat de mulți ani, se lucrează deși în foarte grele condițiuni, pentru formarea unei mișcări noi naționale, pentru eliberare și pentru progres, precum și pentru o mișcare cu caracter mai general de dreptate. Unul din scopurile noastre este și cel estetic*, și noi am fi bucuroși dacă cei de la Sindicatul artiștilor plastici din România, ar fi în posibilitate de a se informa asupra ideilor noastre de frumusețe și în legătură cu dînsele, asupra celora de politică și de cultură. *În cele ce urmează, să-mi permiteți a vă comunica, odată cu acest memoriu de reflecții* personale *asupra artelor plastice, dorința mișcării ca și sindicatul artiștilor să vă luați nobila și curajoasa sarcină de a strînge, în mod direct, ce veți putea afla din activitatea noastră, pentru ca să se arate că știm să fim solidari și atuncea cînd împrejurările sînt defavorabile unora dintre noi. Dacă ne veți acorda colaborarea aleasă a Dv., membrii Sindicatului artiștilor din România, veți bine merita admirație și respect. Cercetați cele ce urmează în acest memoriu și descoperiți, dacă se poate, și altele de ale noastre, care e natural să intereseze pe membrii Sindicatului atît ca artiști cît și ca buni români.*

Răspîndiți apoi cele ce veți afla ca să nu se reproșeze că s-a știut și nu s-a vorbit, că s-a ținut sub strict secret, ceea ce era bine să se știe în societatea largă...

„Manifestul de artă plastică" ce urmează după acest interesant preambul și în care sînt cuprinse peste 200 subcapitole enunțiative, relevă în primul rînd semnificația tematicii de invenție în conținutul delirului său sistematizat megaloman, îndeosebi atunci cînd se referă la arhitectură.

Un arc de triumf al „mișcării teocratice" îl vede alcătuit de pildă din turnuri groase și mari, de zeci de metri înălțime, formînd o boltă între ele sub o coroană aurită, care le-ar uni. Turnurile ar fi ușor arcuite atît în față cît și îndărăt. Pe ambele fațade ale turnurilor, să se deschidă balcoane. În loc de stîlpișori, balcoanele ar avea cariatide aurite. Pe terasele celor două turnuri, ar fi un spațiu pentru spectatori și vetre pentru focuri în timpul sărbătorilor, noaptea. Turnurile pot fi de culoare roșie, portocalie, cu ornamente artistice aurite.

Scanned with CamScanner

Ca obiect de inspirație îl atrage în mod mai deosebit sicriul lui Napoleon cu volute, colonada sălii hipostile din Karnak, templul din Paestum, capitelul corintic, partea de sud-est din Sf. Sofia, catedrala din Amiens etc.; îl mai atrag catifelele, brocarturile, metalele prețioase, faldurile și policromia vie, toate confluînd în monumentalitatea celor „două Table".

Teză și antiteză în funcție de oportunitatea dreptului paralogic

La solicitarea de a preciza conținutul filozofic al celor „două Table", exemplicativ, pune în discuție un subiect banal:

— în timpul conversației noastre s-a fumat. Este bine a fuma, este bine puțin, moderat, mult, foarte mult, țigări cu sau fără nicotină, țigări cu tutun sau cu frunză de havană, de fumat din cînd în cînd, sau altminterea încă.

Răspunsul la această întrebare este, după doctrina Mișcării, în cele două Table. Asta înseamnă că principial se poate da orice răspuns, fără excepție; chiar răspunsuri bizare sau absurde și că orice răspuns poate să găsească în imaginație, în principiu, un astfel de ansamblu încă să pară justificat. Dacă orice răspuns este pus într-un caz în împrejurări nefavorabile, el nu este justificat, nu este bun.

Tabla principială pregătește spiritul foarte liber și bogat pentru înțelegerea realului. De pildă, în principiu, putem găsi răspunsuri ca acestea: da, uneori este bine de fumat. Alteori este bine de început numai, alteori este bine a nu fuma deloc. Astfel, tratîndu-mă cu țigări luxoase am acceptat să fumez fiind puțin fumător, apoi ca să nu vă refuz. În plus țigările sînt elegante, luxoase, ca împachetaj (pe ele poartă o coroană). Deci, în cazuri ca acestea, apare ca justificat să admitem fumatul. Cu alte cuvinte: în unele cazuri.

În alte cazuri: o doamnă elegantă, o principesă căreia la bufetul unui bal i s-ar oferi un pachet luxos și artistic de țigări, anume comandat pentru dînsa, ca să-l desfacă și să-și aleagă pentru dînsa o țigară, ar putea ținînd seama de delicatețea darului, cît și de delicatețea ei, cît ca să nu facă gelos pe soțul ei, ar putea să fumeze numai trăgînd cîteva fumuri, arătîndu-și entuziasmul pentru darul făcut; ar da restul țigării soțului ei ca s-o fumeze el mai departe și ar împărți restul țigărilor la cei de față, mulțumind pentru dar.

Într-un asemenea caz, a fuma puțin era suficient se pare.

În sfîrșit, iată și un al treilea caz cînd a nu fuma poate să fie bine: după ce mi-ați oferit două țigări luxoase, mi-ați oferit un pachet de țigări ieftine și am refuzat să mai fumez. După ce fumasem două țigări luxoase, am crezut că este suficient cît am fumat

Scanned with CamScanner

și că nu este elegant să mai fumez una sau mai multe țigări populare, ieftine. Iată un caz cînd nu este bine de fumat.

Aceste trei cazuri concrete de fumat, corespund celor trei cazuri principiale pomenite : uneori este bine de fumat, alteori e bine de început a fuma, alteori este bine a nu fuma.

Cele două table au o neînchipuit de largă aplicație pentru găsirea soluției acestei mișcări. Cînd urmărește cineva ani de zile aplicația lor, poate să vadă mai bine de ce utilitate sînt. Se poate spune cu o formulă concentrată, că această doctrină este doctrina celor două Table.

Tematica hipocondriacă

Megalomania persecutat-persecutorie a delirului sistematizat halucinatoriu pe care îl prezintă dr. S. se conjugă cu o autentică tematică hipocondriacă care nu apare totuși în prim plan deoarece, în mod firesc, asemenea preocupare nu s-ar potrivi la un mare conducător al lumii.

1939. Să cer forțelor mistice :

1) forța de îndepărtare a spiritelor de lîngă mine și a curentelor mistice ce vin spre mine ;

2) să nu mă îmbolnăvesc, să nu mă împiedice de la activitatea mea.

Pe aceeași temă hipocondriacă, cu o naivitate infantilă, însă evident hipertimică, și-a creat și incantații magice prin aglutinări de noțiuni :

— Cine spune Popa Strîmbu nu poate fi internat în ospiciuri, ori unde. Dar dacă s-ar spune părintele Strîmbu sau Sf. Sa părintele Strîmbu ?

Pentru sănătate, contra răcelii : boii soarelui.

Am de la părintele Opregu dreptul de a da eu negul. Se zice că aceasta îmi dă posibilitatea de a-mi spori temperatura cu 2—3°.

Pentru corectarea vederii : Mandaragiu sufletara bădărăilor răi în toate privințele — răi, chesmatarnici.

Cuvîntul Gula, curățată de spirite. (Gula era o mare zeitate a magilor, principiul feminin al soarelui).

Efluviul Odio este un curent, mi se spune, care gonește orice nebunie.

„Anamozitate" : Termen împotriva somnului.

Preocupările hipocondriace, în cazul dr. S., se intrică și cu experimentarea rețetelor făcătoare de minuni :

— duminică 25 mai. Am luat pămînt din strat și cu stupit am dat la ochi. După aceia m-am spălat în lighean cu apă, în care am pus și flori de margaretă.

Mi s-a trimis din cînd în cînd după aceia, fluid bun de îndepărtarea spiritelor de la ochi. Vedeam bine înainte ; după aceia și mai bine.

Scanned with CamScanner

1962. Întîlnire întîmplătoare cu directorul fabricii de medicamente :

după prezentările de rigoare, urmează o interesantă discuție antrenată de dr. S. prin amănuntele pe care le posedă — din datele publicate — referitor la activitatea acestei întreprinderi.

Ampla informare pe care o posedă dr. S., îl determină pe directorul respectiv să considere că discută cu un savant, atitudine ce o menține pînă în momentul cînd îl năucește de-a binelea, întrebîndu-l dacă introduce și „spirite" în antibiotice spre a le mări eficiența.

Complexul de frustrație, sursă permanentă în dezvoltarea pasional protestatară a psihozei paralogice sistematizate.

Dr. S. s-a menținut mereu în actualitate printr-o susținută și vastă informare cotidiană, fiecare eveniment constituind la rîndul său un nou element în dezvoltarea delirului sistematizat.

Numeroasele scrisori, memorii sau manifeste pe care le-a adresat unor personalități guvernante în decursul deceniilor, relevă totdeauna o minuțioasă informare biografică prealabilă pentru o adresare cît mai potrivită. Exceptînd repetarea persecutat-persecutorie a complexului său de frustrație, din tot acest material se desprinde mobilitatea verbului, agerimea replicii caustice, acuratețea frazei, forța pasională a convingerilor, cît și versalitatea unor menajări, tentații sau amenințări transpuse în perspectiva evenimentelor ce le preconizează cu suplețe de manevră revendicatorie.

„Măria Voastră"
Respectabile Domnule Conducător și Prim Ministru.

Desigur că vă sînt știute atîtea fapte din activitatea, lupta mea politică și culturală, ca unul ce sînteți cu răspundere mare la conducerea Statului nostru, cunoștință personală de la Londra, *cît și cunoștința familiei mele S. și G. și dat fiind că sînteți foarte ocupat, să-mi permiteți a vă scrie personal pentru a adăuga ceva nou la cele știute de Măria Voastră.*

Sînt izolat aicea, la Spitalul psihiatric de la Socola — Iași de 14 (patrusprezece ani) trecuți, fără să fi fost vreo-dată nebun *înainte de internare sau în timpul internării, deși așa de mult au încercat unii să mă îmbolnăvească și să mă înebunească aicea.*

Am fost introdus la Spitalul Socola pe motivul că eram antidinastic, *că voiam un Român la conducerea statului,* ideal ce s-a realizat dealtminterea în parte, *știind Măria Voastră să vă impuneți ca* Conducător de Stat.

Scanned with CamScanner

Fiind antidinastic, trebuie să fiu judecat politic în parlament, *eventual în fața unei instanțe judiciare, nu să fiu reținut într-un ospiciu de nebuni, ca și cum ideia de libertate a Tronului român ar fi fost o idee bolnavă, nebună pentru români.*

Mi se spunea că dacă oamenii mari ai țării nu au pus chestiunea eliberării, nu trebuia să am tupeul de a o pune eu, mai tînăr. Curajul meu ar fi fost nebunie!

Lăsăm la o parte faptul că fruntașii politici ai Românilor de acuma 14 ani, deși oameni distinși, nu erau așa de mari, așa de eroi, așa de liberi, așa de talentați, încît dacă nu m-ar fi susținut ei, să nu mai poată fi un alt om politic fie și tînăr, care să susție binele țării din ideal. Se poate întîmpla să fie un om glorios cum fu Goethe de pildă, care să nu creadă în libertatea poporului german ca posibilă, cînd Franța era condusă de un Napoleon, și cu toate acestea poporul german s-a eliberat, trecînd peste convingerea unei glorii ca Goethe. Tînărul acesta v-o fi cunoscut. Și nu numai că m-au introdus într-un spital nepotrivit cu mine, dar m-au chinuit urmărindu-mă dacă nu-s nebun, timp de peste 14 ani, pentru antidinasticism.

Am auzit voci în ospiciu, că nu permiteți aceasta, și să vă comunic. Că și pe Măria Voastră, dacă v-ar prinde la îndemînă, v-ar analiza psihiatric, v-ar închide. *N-ați avea* forța *la un moment dat, deci v-ar putea izola în ospiciu... asta arată cu ce fel de oameni avem noi a face aici la spital și totuși nu toți seamănă, a fost și bine aicea.*

Sînteți un om de mare cultură și știți că studiind, după trecerea Doctoratului în Filozofie și Litere la Iași în 1918, în Franța, Italia, Austria, Anglia, unde în 1923 mi-ați făcut cunoștința și poate cu ajutorul discret de a pleca în America pentru a deveni revoluționar în chestia tronului, pot avea pretenția să fiu unul din conducătorii naturali ai Românilor.

Sînteți un naționalist, un patriot și puteți înțelege ambiția mea de a-mi servi nația și țara din libertate.

Aicea, condițiile de lucru sînt așa de rele, de pildă n-avem ce ne trebuie nici pentru lucru, nu avem lumină noaptea. Ni se țipă de nebuni în cap și nu știm ce se face cu opera noastră de 14 ani de zile. A colectat-o sau nu cineva? O înregistrează cineva științific sau nu?

In libertate, poate că voiu avea mai mult mijloace de lucru, mai mult respect, aș putea aranja mai bine înregistrarea operei mele orale. Fără modestie, trebuie să amintesc că în anii de închisoare, am revizuit zeci de discipline politice și culturale și am dat sistematic soluțiile mele personale corecte, ceea ce este operă nespus de grea: drept internațional, public și privat, statistică, finanțe, economie politică, economie agrară, eugenie, doctrina militară, filozofia istoriei, sociologie, filozofie științifică, tehnologie,

Scanned with CamScanner

drept civil, drept administrativ, logică, matematică etc. şi să fiu susţinut de iubitul nostru Stat pentru care lucrez de atîţia ani.

Dacă din partea guvernului ar fi să se facă oarecari rezerve în ceea ce priveşte antidinasticismul meu, aceasta nu trebuie să-mi frusteze chiar libertatea şi posibilitatea ca după 16 ani de sbucium pentru ţară, de la venirea mea în România, de a trăi la un nivel financiar decent şi de ordine publică românească.

Am dreptul *cred la libertate, şi Statul Român, împiedicîndumă prin urmărirea mea să-mi cîştig existenţa, are îndatorirea de a mă finanţa, rezervînd o sumă şi pentru mişcarea noastră culturală şi politică de teocraţie, care i-o fi făcînd onoare odată. Cheltuieşte Statul nostru cu atîtea, îi va face onoare că a cheltuit şi cu noi.*

Deci libertate *şi o* sumă de bani *ca să pot lucra mai departe, ţinîndu-mă la un nivel demn de societate.*

Ca unul care aţi fost revoluţionar nu de mult, închis la Mînăstirea Bistriţa, Vă puteţi închipui că după 14 ani de persecuţie la ospiciu, pot să doresc şi eu o situaţie mai bună cu concursul societăţii şi a Statului naţional.

Să ştiţi Măria Voastră, că înainte de a vă declara singur, napoleonic în demnitatea de Conducător de Stat, eu, fără să ştiu de altul, am gîndit că dacă Românii nu-şi eliberează tronul, cel puţin să treacă asupra Românilor o parte din forţele regale aristocratice ale dinastiei străine, ceea ce s-a întîmplat; aţi făcut cu un admirabil curaj şi dacă îmi daţi voie cu un admirabil tupeu şi humor poate, cu un bun spirit de aventură, să vă treacă o parte din prerogativele regale asupra Măriei Voastre.

Ţineţi seama cînd e vorba de eliberare şi finanţarea necesară mie, de statutul nostru moral, că sînteţi unul din „ai noştri", de la Ospiciul Socola, un erou oarecum de al nostru.

Am scris, după cum desigur că ştiţi, o scrisoare şi tinerei Maiestăţi care este Domnul Mihai de Hohenzollern, privitoare la situaţia mea. E de dorit ca împreună cu Maiestatea Sa, să luaţi deciziunea în sfîrşit, în favoarea mea. Nu uitaţi, că şi eu sînt unul din conducătorii poporului român, că eu mă consider un conducător liber al naţiunii noastre, cum sînteţi conducători oficiali ai naţiunii.

Eu sînt deci, Erpeaerul Dr. S. E. un curajos şi nu o nebunie, să fac la fel în spiritul de clasă a Maiestăţilor Voastre, pentru a spune astfel, pentru că după cum v-am susţinut şi aşi putea să vă susţin în viitor întrucît se va putea, să-mi daţi concurs cavaleresc, ca să mă pot reface în libertate la Iaşi.

Dacă vă vorbesc aşa de liber şi de sincer, este şi pentru că mi se pare că vă simpatizez şi pentrucă vă consider că vă pot trata la nivel înalt de înţelegere şi onoare. Daţi ordin în favoarea mea,

Scanned with CamScanner

sfidați nivelul vulgar al ordinei timide, surprindeți printr-un gest sublim care m-ar pune în fața unei reale concurențe frumoase, al Măriei Voastre. Altminteri, pierdeți în viață o ocazie rară.

Dr. G. S.

Efervescența productivă a delirului halucinator de interpretare care îl animă pe dr. S., pare a intra în stare de plat după două decenii de evoluție.

Refuză să se mai prezinte la cursuri, să mai dea bătălii de opinii ; tematica persecutorie capătă o tentă vizibilă de prejudiciu, părînd a-l satisface doar o pensie corespunzătoare, după cum dovedește memoriul pe care îl adresează la 2 noiembrie 1947 sindicatului corpului didactic din Iași și în care aduce un argument interesant :

— *A ajuta pe un intelectual cu bani, nu este ceva străin istoriei unei Universități. Dacă ar fi să dau un exemplu, v-aș cita de pildă cazul filozofului Fr. Nietzsche care deși a profesat puțin timp la Basel, totuși universitatea lui de acolo i-a votat o pensiune, cînd s-a retras de la cursuri...*

Procesualitatea psihozei sale paralogice marchează astfel — aparent — cea de a treia etapă, de stagnare sau stereotipare delirantă, corespunzînd pe plan ilikipsihologic cu stadiul vîrstei înaintate, cînd clocotul pasiunilor vîrstei adulte începe să se domolească.

Și totuși... În pragul bătrîneții tîrzii, forța revendicatorie megalomană se reaprinde exprimîndu-se de această dată sub forma unui delir fantastic-confabulator, favorizat și de scăderea capacității de inhibiție prin senilizarea substratului cerebral :

Spitalul Socola — Iași

Domnule Ministru,

Circumstanțele istorice în care ne aflăm, îmi impun a scrie și unui înalt funcționar, ministru al sănătății publice și al prevederilor sociale ca D-stră.

Eu sînt Dr. G. S. care vă scriu, pentru a-mi învoi să vă atrag atenția, că situația mea actulă este de natură a vă provoca represiuni din țară sau străinătate, pe față ori în ascuns, direct sau indirect. Sînteți între factorii de răspundere ai timpului, și întrucît sînteți ministru al sănătății iar eu sînt închis într-un spital dependent de ministerul sănătății, natural este să vă intereseze...

In timpul muncii manuale, a semișomajului, a propagandei, mi se organiză într-o sală a marei biblioteci din New-York, Central Library, o expoziție de documente referitoare la mine, între altele îmi fu prezentat un tratat secret, cu secrete de religii și de state, iscălit de Deus, de mesii, de conducători ai umanității : regi,

Scanned with CamScanner

regine, primi miniștri, șefi religioși ș.a. Îl cetii, discutarăm, văzui deciziunile și iscăliturile lui. În acest tratat fui ales înalt funcționar în România viitoare și în diferite state, în viitor mi se dădeau diferite misiuni internaționale...

După cum vedeți, Excelență se poate vorbi nu numai de oameni admirabili și spirite admirabile la Socola ci și de tragedia și să mă iertați de „porcăria" de la Socola. Vă rog, de aceea, pe Excelența voastră, de a interveni cu autoritatea cuvenită pentru a pune capăt dezordinei nerușinate de la Socola, unde ca ministru sînteți și Excelența voastră conducător...

Al dv. Dr. G. S.

La 75 ani, dr. S. continuă să studieze și să scrie pentru „Mișcare", deși în urma încercărilor ce i le-a oferit viața i s-a reaprins vechea tuberculoză. Se accentuează apoi fenomenele de ateroscleroză cerebrală, instalîndu-se astfel, la 75 ani, cu doi ani înainte de exitus, cea de a patra etapă, descrisă de scrupulosul Magnan ca stadiu demențial obligatoriu în evoluția delirului cronic.

Starea de involuție cerebrală nu produce totuși în mod abrupt anularea încrederii dr. G. S. în victoria finală, victorie care în această etapă, o transpune „în altă viață".

Frapează temeinicia cunoștințelor și a memoriei de evocare, ce îi permite, de pildă, la cîteva zile după o claudicație cerebrală să dea relații exacte despre biografia și filozofia lui Pascal, după cum și bucuria de a revedea un amic, întunericul demențial cuprinzîndu-l integral abia cu două luni înainte de a se stinge din viață prin insuficiență cardio-respiratorie acută.

*

Prezentarea, deși schematizată, a „cazului" dr. S., credem că demonstrează posibilitatea existenței unei psihoze paralogice sistematizate interpretativ — halucinatorii care să reunească în conținutul său atît elementele caracteristice parafreniei cît și a paranoiei clasice (respectiv delirul persecutat-persecutor), principalele etape evolutive și tematici delirante, descrise ca eventuale entități distincte, constituind de fapt elemente structurale în procesualitatea aceluiași delir cronic sistematizat.

Unitatea structurală a cazului studiat în procesualitatea sa paralogică, decurge din episoadele mereu antagonice și totodată unitare ale romanescului delir pasional — megalomaniac, persecutat-persecutor, ambițios și de invenție, erotoman și mistic, social și politic ; prin interpretarea faptelor vechi și a corelării lor cu noile evenimente ; prin dilemele ce și le pune, cît și prin forța și perseverența modului de a-și promova și apăra convingerile ireductibile, fără a depăși însă în discuție și comportament limitele unor anumite conveniențe sociale.

Scanned with CamScanner

Complexitatea cazului analizat pune în discuție, în același timp, în ce măsură dr. S. poate fi identificat cu schizofrenia bleuleriană, sau în ce măsură delirul cronic halucinator constituie o parte integrantă a paranoidiei schizofrenice *.

Diagnosticul de schizofrenie paranoidă se justifică în primul rînd prin dificultatea unei analize aprofundate a personalității sale, foaia de observație menționînd în repetate rînduri : „pacientul refuză să dea explicații... susține că nu toți oamenii sînt capabili să înțeleagă anumite lucruri... Bolnavul e mult influențat în delirul său de noutățile citite... Toată ziua citește diferite cărți de literatură sau știință... Bolnavul este preocupat cu lectura și cu o nouă carte pe care o scrie, tratînd un subiect pe care îl ține încă secret..." etc.

În al doilea rînd, conceptul exhaustiv bleulerian despre schizofrenie invită cu precădere la utilizarea unui diagnostic comod, îndeosebi atunci cînd elementul halucinator se întîlnește la fiecare pas pe tot parcursul existenței sale :

28.VII.1958 „Bolnavul reclamă la vizită dureri de măsele, transmise de persoane nevăzute, care îl urmăresc și-i vreau răul. Trimis la medicul dentist, bolnavul refuză să fie controlat la dantură, rugînd să se dea ordine pentru încetarea curentului electric care îi provoacă durerile"...

18.XI.1962 „A fost mutat în altă rezervă. Acest lucru l-a deranjat mult. S-a agitat acuzînd spiritele rele ce vin de la medic și-l influențează în rău"... etc.

*

„Cazul" dr. S., așa cum a fost el expus, este cuprins în descrierea nivelatoare pe care o dă Bleuer schizofreniei paranoide, care include de fapt și paranoia „primitivă" acceptată de Kraepelin ca entitate diferită față de parafrenii.

Dealtfel, Bleuler cuprinde în categoria schizofreniei totalitatea deliranților cronici descriși de autorii francezi, paranoicii constituționali, imaginativii și revendicatorii cu idei delirante bine sistematizate și fără halucinații, acestei categorii aparținînd, după Bleuler, în special *schizofrenii revendicatori*.

Tot în sindromul paranoidiei schizofrenice, Bleuler pune și „demența paranoidă", descrisă de Kraepelin ca o stare cu debut depresiv și dezvoltare rapidă ce rămîne apoi neschimbată timp îndelungat, cu reprezentări delirante confuzive însoțite de neologisme, însă fără simptome catatonice, ținuta și conduita lor exterioară fiind aproape intactă. „Delirul presenil de prejudiciu" descris de

---

* Această dificultate de orientare se exprimă dealtfel și prin faptul că dr. S. figurează atît cu diagnosticul de „Delir cronic", cît și cu cel de „Schizofrenie paranoidă".

Scanned with CamScanner

Kraepelin nu s-ar deosebi, după opinia lui Bleuler, de „demența paranoidă", decît doar prin debutul progresiv și o perfecționare mai restrînsă a simptomelor. Astfel, între diversele aspecte morbide pe care Bleuler le unifică în cadrul schizofreniei, își găsește locul orice formă delirantă, totul fiind adus la același numitor comun prin intermediul „parademenței afective", datorită căreia „bolnavii nu mai reacționează după propriile lor idei" :

> *Un număr mic numai, sînt consecvenți și energici pentru a stabili o legătură între ideile lor delirante și realitate, pentru a căuta realizarea dorințelor. Delirul de persecuție rămîne oarecum neobosit în suprimarea torturilor și pedepsirea vinovaților.*
>
> *Asupra bolnavilor care nu au întreg complexul maladiv, nu se poate pune în evidență, în cazurile destul de ușoare, un deficit intelectual. Însă chiar și atunci, bolnavii sînt în mare măsură nechibzuiți și disociați. În rest parademența afectivă se exteriorizează în modul mai înainte indicat, însă desigur cu o intensitate minimă în cazul paranoizilor puri* *.

*

„Cazul" dr. S. demonstrează în primul rînd consecvența și energia susținerii paralogice a bolnavilor cu delir cronic de grandoare, halucinațiile și visul contribuind în mod necesar la dezvoltarea tematicii delirante sistematizate.

Latura remarcabilă în structura psihopatologică a dr. S. (atît de impregnată de componenta halucinatorie a delirului cronic de grandoare persecutat-persecutor) o constituie valența extratensivă-hipertimiformă reformatoare a delirului său de interpretare, element desigur mai greu de remarcat în cadrul unor relații medic-pacient protocolare, însă totuși deosebit de important în diagnosticul diferențial dintre schizofrenie și psihoza paralogică sistematizată. Astfel, psihanaliștii subliniază pe drept cuvînt faptul că *paranoicul, spre deosebire de schizofren, își proiectează conflictele interne în lumea reală din afara lui ; caută să rezolve conflictul nu refugiindu-se în viața autistă, ci raportînd tendința ei penibilă asupra altor persoane* **.

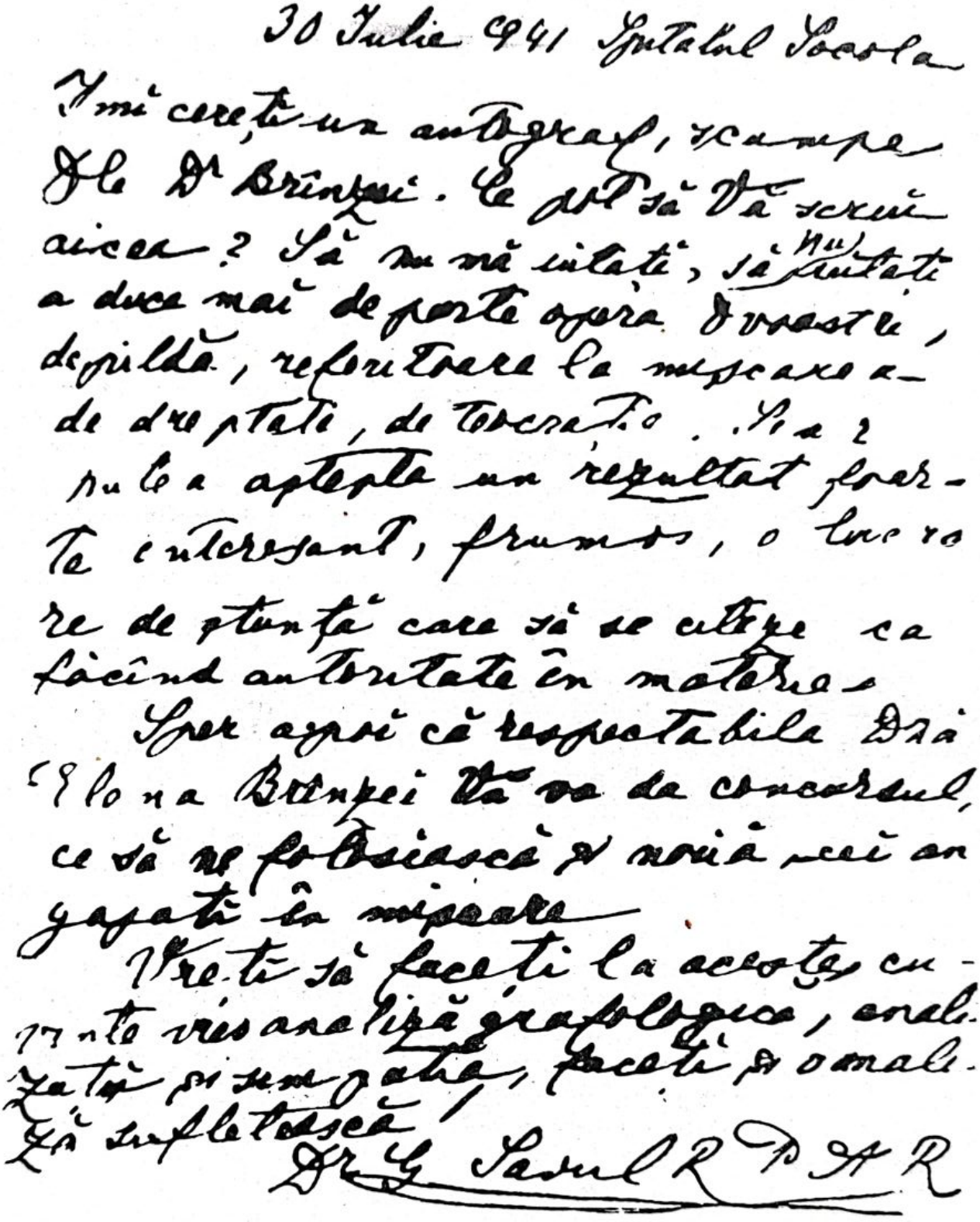
Referitor la transpoziția grafică a tonalității afective, ar fi de reținut în cazul G. S., caracterul amplu al scrisului, ușor ascendent, viguros și sigur, cu bare puternice și căutată semnătură orgolios subliniată, care se acordă cu însuși conținutul emoțional al discursului său interior.

---

* E. Bleuler (op. cit.).

** Régis, Esmark (apud Popescu-Sibiu : *Psihanaliza* Ed. tip. CAV., Sibiu, 1936).

Scanned with CamScanner



30 Iulie 1941 Spitalul Socola

Îmi cereți un autograf, scumpe Dle Dr Brînzei. Ce pot să Vă scriu aicea? Să nu mă uitați, să nu uitați a duce mai departe opera Dvoastră, de pildă, referitoare la mișcarea de dreptate, de teocrație. Sea 2 pulea aștepta un rezultat foarte interesant, frumos, o lucrare de știință care să se citeze ca făcînd autoritate în materie.

Sper apoi că respectabila Dnă Elena Brînzei Vă va da concursul, ce să ne folosească și nouă, cei angajați în mișcare.

Vreți să faceți la aceste cuvinte vreo analiză grafologică, analizată și simpatia, faceți și o analiză sufletească!

Dr G. Sadul R P A R

Tensiunea ideo-afectivă a dr. G. S. s-a menținut continuu într-o bandă hipertimiformă extratensivă, uneori de o deosebită sensibilitate :

7 ianuarie 1940 — Astăzi am o zi tristă. Bietul Dumitriu, inginerul cum i se mai spunea aici, a încetat din viață. L-am văzut gol, întins pe banca din sala de baie, nemișcat. M-a impresionat.

După aceea, înfășurat într-o prostire pe brancardă, l-au dus la morgă. I-am deschis ușa. L-am servit eu pe tînărul meu prieten, mai bine nu l-aşi fi servit şi trăia el. Va să zică a murit săracu Dumitriu !

23.III.1940

Mult Stimate Domnule Profesor şi Director,

Deşi n-am onoarea şi plăcerea de a vă cunoaşte personal, îmi iau curajul de a vă scrie pentru a vă face o rugăminte în numele internaţilor de la Ospiciul Socola—Bucium. Nu m-au însărcinat cu aceasta, dar sînt sigur că propunerea mea ar accepta-o şi le-ar aduce o clipă de satisfacţie, de poezie, în viaţa lor declasată şi înstrăinată de lume.

Iată care este propunerea mea, Stimate Domnule Director. Aici, la spitalul Socola sîntem internaţi şi chiar o mare parte din personal sînt izolaţi de societatea fericită a Iaşului. Trec zile una după alta, trece viaţa atîtora în izolare, pe cînd alţii în libertate sînt sănătoşi şi-şi petrec viaţa lor. De cîţi ani de zile n-au văzut atîţia teatru, n-au mai auzit puţină muzică bună ! Şi doar nu sînt închişi aicea pentru infracţiuni, ci din cauză de boală, uneori mai uşoară.

Deci dacă D-voastră, în înţelegere cu Dl. Director L. B. aţi putea să aranjaţi nu prea tîrziu o zi, cînd împreună cu un grup de actori aţi trece pe la spital, aţi îndulci puţin din chinurile celor înstrăinaţi aicea. S-ar putea recita poezii de pildă şi juca cîteva scene dintr-un scriitor de seamă, ori ceva pregătit ad-hoc. Aţi fi lăudaţi, vi s-ar arăta recunoştinţă pentru actul acesta creştinesc şi românesc.

In speranţa că veţi lua în considerare propunerea noastră, primiţi salutările mele.

Dr. G. S.

Noiembrie 1962. A început noul an universitar. La primul curs, spre surpriza tuturor, se prezintă din proprie inițiativă dr. S. — care de mulți ani refuza să mai apară în fața publicului — considerîndu-se îndreptățit să-l prezinte pe noul conferențiar.

Cu această ocazie, dr. G. S. a impresionat nu numai prin maniera și ținuta academică ireproșabilă, documentarea, coerența și conciziunea exprimării fără nici o aluzie delirantă, ci și prin cordialitate vibrantă, lăsînd astfel deschisă în continuare dilema :

în ce măsură psihoza paralogică sistematizată poate fi tributară numai procesualității hipertimice sau numai parademenței afective.

*

Incepînd cu studiile lui Guislain, din 1883, mulți autori au fost tentați să încadreze delirurile cronice sistematizate în psihoza maniaco-depresivă.

Scanned with CamScanner

Este adevărat că există cazuri de manie cronică delirantă sau de melancolie cronică delirantă, fără ca aceste apropieri să permită totuşi o identificare nosologică a delirului cronic sistematizat cu psihoza maniaco-depresivă.

Deşi toţi deliranţii cronici au faze de excitaţie în care timp sînt mai activi, mai comunicativi şi mai plini de încredere ca oricînd, sau faze depresive cu nesiguranţă, tristeţe şi descurajare cînd sînt mai neîncrezători şi mai iritabili, aceste trăsături nu definesc totuşi psihoza maniaco-depresivă, ci evoluţia firesc ondulantă a psihismului uman, îndeosebi în cazul structurilor sintone, extravertite. Astfel, dacă în delirul de revendicare se recunoaşte cu precădere un temperament hipomaniacal, cît şi o reacţie euforică care se dezvoltă la toţi deliranţii cronici concomitent cu depăşirea trăirilor persecutorii iniţiale, aceste particularităţi psihopatologice nu justifică totuşi încadrarea nosologică a delirului cronic sistematizat în psihoza maniaco-depresivă.

După opinia noastră, enunţată în contextul premergător al curentelor de idei, fiecare delirant cronic va manifesta de o manieră mai accentuată una din trăsăturile dizarmonice ale personalităţii sale : trăsătura psihopatiformă în cazul revendicatorilor, trăsătura hipertimiformă în cazul megalomanilor pasionali, sau trăsătura schizofreniformă în cazul paranoidofrenilor, fără a fi prin aceasta exponenţii unor boli diferite, ci doar personalităţi morbide ale aceleiaşi psihoze paralogice sistematizate.

Privind din acest unghi de vedere subiectul psihozei paralogice sistematizate, rezultă că nu se poate tranşa diferenţe nosologice definitorii între sindromatica paranoiei cu delir de interpretare şi a delirului cronic halucinatoriu, fără dezvoltarea parademenţei afective caracteristică schizofreniei paranoide. În aceste condiţii definitorii ar fi de reţinut totuşi că termenul de paranoia îşi păstrează mereu supleţea conţinutului şi eleganţa exprimării, atunci cînd este necesară etichetarea diagnostică a paralogiei sistematizate de interpretare, chiar şi atunci cînd bolnavul poate ajunge pînă la absurditatea absolutismului megalomanic ca în cazul lui A. V. care se intitula „Abdul (aptul) abrogator al fenomenelor naturii şi destinelor omenirii".

Pe de altă parte, bolnavii parafrenici sau paranoici îşi păstrează fiecare particularităţile clinice în cadrul psihozei parologice sistematizate care poate fi predominant halucinatorie, predominant interpretativă sau formă mixtă.

*

Bolnavul paralogic constituie prin definiţie un perturbator sau ofensator social.

Aceşti paralogici de nezdruncinat pot ajunge uneori în concordanţă cu sugestibilitatea unei mulţimi pe care o induc, pînă în momentul cînd megalomania lor devine pe deplin manifestă.

Scanned with CamScanner

În relațiile sociale ar fi de reținut că paranoicii, spre deosebire de paranoiacopați, își țin într-un anumit fel cuvîntul și respectă anumite normativități, chiar dacă aceste elemente sînt interpretate de o manieră eronată.

Astfel, de pildă, un paranoic vexator social este internat în spital, înainte de război, pentru injurii repetate aduse autorităților statale. La insistențele sale de a i se face ieșirea din spital, șeful clinicii îi promite externarea, dacă nu se va mai adresa autorităților. Bolnavul nu mai expediază nici o reclamație, însă la ieșire a înfundat cîteva cutii poștale cu vrafurile de scrisori pe care le redactase în timpul spitalizării.

Deliranții paralogici se consideră sănătoși și în consecință sechestrați datorită persecuției ce se exercită asupra lor, fapt asupra căruia protestează cu orice ocazie. Ar fi totuși interesant de reținut că acești bolnavi nu părăsesc de obicei spitalul fără forme de externare, spre a nu li se imputa o ilegalitate sau de teama să nu fie exterminați de iluzorii lor inamici, dar și datorită realizării în plan mintal a dificultăților de integrare — uneori de nedepășit — ce le-ar sta în cale din momentul părăsirii mediului protector din spital.

*

Condițiile actuale terapeutice oferite prin serviciile extraspitalicești, între care dispensarizarea la domiciliu, clubul și semispitalizarea de zi sau de noapte, asociate cu anumite medicamente care acționează în mod evident asupra nucleului delirant *, impun tot mai mult asistența ambulatorie și a bolnavilor cu psihoză delirantă sistematizată, periculozitatea acestora decurgînd în primul rînd din ignorarea bolii sau datorită stării de neglijență medico-socială.

Întradevăr, nu mai este suprinzător să vedem astăzi bolnavi cu asocialitate paralogică (și pe care pînă nu de mult am fost nevoiți să-i considerăm în mod definitoriu ca avînd o evoluție cronică ireductibilă), beneficiind sub influența tratamentelor actuale — cel puțin episodic — de o remisiune integrală cu posibilitatea analizei stării lor maladive sau realizînd o inserție socială satisfăcătoare pentru un timp mai îndelungat, chiar dacă este vorba numai de o ameliorare stabilizată cu defect. Deși asemenea rezultate sînt încă incerte și se obțin mai ușor la schizofrenii paranoizi comparativ cu bolnavii afectați de psihoză paralogică sistematizată, această situație nu exclude posibilitatea ca ei să beneficieze integral și în egală măsură de o terapeutică salvatoare în perspectiva dezvoltării cunoștințelor psihatrice. Îmi revine astfel în minte situația unui pacient cu înaltă pregătire profesională și ținută morală, care s-a chinuit timp îndelungat pe el însuși și familia cu nesfîrșite interpretări delirante persecutat-persecutorii progresiv sistematizate, obținînd remisiunea — ca urmare a tratamentului aplicat. A reușit apoi — sub

* Vezi cap. chimioterapia encefalotropă.

Scanned with CamScanner

ghidaj psihoterapic — să reducă atît delirul vindicativ indus părinților, cît și de a-și apropia soția puternic traumatizată de prelungitele implicații vexatorii pe care le trăise.

Edvard Munch : „Livets dans", 1899—1900.
(Muzeul Munch—Oslo)

Se pune totuși întrebarea : de ce acești bolnavi care, după obținerea remisiunii, pe măsură ce timpul trece se retrag insidios din cîmpul inductor al tratamentului spre a reintra apoi fiecare — ca și drogomanii — în pădurea propriilor rătăciri ?

Indiferent dacă s-ar părea că trăirile lor fantasmice le creează și satisfacții greu de înțeles, pentru evitarea unor noi rătăciri de la drumul regăsit se impune o susținută și complexă atitudine terapeutică integratoare.

Reflectînd în acest sens la semnificația inductivă a cadențelor catatonice din „Dansul" lui Edvard Munch, el însuși afectat de morbul discordant, vom intui că valența noastră intimă la condiția umană își va pierde simbolul dacă din conținutul socioterapiei, mediată de pildă și prin dans, nu vom reține decît doar penibila „zgîlțîire" a unor automate dezabuzate. Și cu atît mai mult vom contribui la abandonul *înstrăinatului*, dacă nu vom reuși să captăm semnificația unui semnal demodulat prin boală care caută acordul integrator prin intermediul terapiei de grup, unde răsplătirea echitabilă a efortului intenționat comportă sensul aspirației la regăsirea demnității și utilității umane.

Asemenea valențe emoționale nu își pierd semnificația caracteristică decît doar în întunericul ireductibil al dementelor, sau prin nereflectarea lor în opacitatea ignoranței sau al vestigiilor retrograde despre boala și bolnavul mintal.

Scanned with CamScanner

Psihoze predominant exogene

Categoria psihozelor exogene se referă la acele tulburări mintale a căror cauză determinantă își are originea în afara organismului bolnavului, indiferent de natura lor psihologică sau biologică.

Întrucît în ceea ce privește cauzalitatea psihogenă a tulburărilor mintale și a relațiilor acestora cu starea inițială a organismului ne-am referit în capitolele anterioare, în cele ce urmează am dori să relatăm doar cîteva date asupra unora dintre cauzele exogene de natură biogenă care acționează negativ asupra creierului, determinînd astfel tulburări mintale cu evoluție acută sau îndelungată.

În principiu, orice agent fizic, chimic, toxic sau infecțios care acționează negativ (în mod primar sau secundar) asupra creierului, poate determina tulburări sau boli mintale.

Întrucît infecția sifilitică poate determina o îmbolnăvire

Willem van de Velde : „Rafală de vînt".
(Rijksmuseum)

Scanned with CamScanner

cronică a creierului care uneori se însoțește de tulburări mintale cu evoluție progresivă, și al cărui studiu etiopatogenic este deosebit de precis, ne vom referi, în primul rînd, la acest subiect, deși boala ca atare este în curs de asanare.

În al doilea rînd, ne vom referi, în aceeași manieră exemplificativă, la influența drogurilor și mai ales a alcoolului asupra activității psihice, în scopul de a sublinia semnificația factorului de predominanță și rolul stării inițiale a organismului în apariția tulburărilor mintale, cunoscîndu-se că nu orice sifilitic face paralizie generală progresivă, după cum nu orice băutor devine alcoolodependent sau alcooloman.

Scanned with CamScanner

Sifilisul (luesul) a izbucnit în Europa ca o boală epidemică spre sfîrștiul sec. al XV-lea, fiind importată, după cît se spune, din insula Haiti de către marinarii lui Columb. În Europa sifilisul s-a manifestat la început cu o virulență excesivă, caracterizîndu-se prin leziuni cutanate masive și evoluție furtunoasă, ce i-a atras și denumirea de „ciumă venerică". Pe parcursul secolelor și sub influența tratamentului care a devenit tot mai specific, sifilisul și-a atenuat progresiv virulența, omenirea contemporană avînd posibilitatea de a eradica integral această boală infecto-contagioasă cu evoluție cronică.

Agentul patogen al sifilisului este spirocheta pallida (denumită astfel pentru slabele sale afinități tinctoriale), treponemă identificată la 3 martie 1905 de Fritz Schaudin și Erich Hoffman în leziunile și umorile sifiliticilor.

Th. Géricault : „Nebunul" :

Remarcabila transpoziție plastică a faciesului caracteristic din psihoza sifilitică cu hipomimie, ptoza pleoapelor și inegalitate pupilară, atestă — ca și în cazul „Nebunei" — acuratețea stilului realist al marelui artist „romantic".

Infecția sifilitică determină o stare de premuniție, în sensul că nu permite o nouă infectare atît timp cît boala nu este vindecată (adică atîta timp cît mai există spirochete vii în organismul bolnavului). Această stare de premuniție este pusă în evidență prin reacția de titrare a complementului, descoperită în cadrul imunologiei bolilor infecțioase de către Bordet și Gengou în 1901 și aplicată cu succes în serologia sifilisului de Wassermann, Neisser și Bruck în 1906 (reacția Bordet-Wassermann), reacție pe care Ravaut o aplică pentru prima oară, în 1906, și în cercetarea lichidului cefalorahidian provenit de la sifilitici.

Demonstrarea de certitudine a etiologiei sifilitice în anumite boli neurologice sau mintale a fost făcută de Ravaut și Pauselle, în 1906, care au pus în evidență spirocheta pallida în meningele provenind de la un copil „eredo-sifilitic" ; de Benda și Sezary, care le-au

Scanned with CamScanner

găsit, în 1910, în procesele de arterită cerebrală sifilitică ; de Noguchi, Moore, Marinescu, Minea, Levaditi și A. Marie, care le pun în evidență (în perioada 1913—1915) în parenchimul cerebral și în lichidul cefalorahidian provenind de la bolnavi cu „paralizie generală progresivă".

Manifestările neurosifilisului l-au determinat pe C. Levaditi și A. Marie să susțină existența unei sușe „neurotrope" de spirocheta pallida, care, spre deosebire de tulpina „dermotropă", ar avea anumite „afinități" pentru sistemul nervos, simptomele cutanate primare și secundare fiind totodată inaparente sau foarte mult atenuate. Cercetătorii contemporani consideră totuși că diversele localizări cutanate, viscerale sau nervoase sînt provocate de o sușă unică de spirocheta pallida. În același timp, se pare că neuroinfecția sifilitică ar fi favorizată de cauze generale debilitante ale sistemului nervos central (îndeosebi traumatismele cranio-cerebrale și alcoolism), cît și de tratamentul antisifilitic insuficient aplicat în stadiul primar și secundar al bolii.

Boala sifilitică evoluează în patru stadii distincte :

— *stadiul primar,* ce cuprinde perioada de evoluție a șancrului de inoculare la nivelul tegumentelor sau a mucoaselor, cu o durată de aproximativ 30 zile ;

— *stadiul secundar,* caracterizat prin invazie septicemică și ulterior prin leziuni muco-cutanate și viscerale specifice, ce încep la aproximativ 50 zile de la apariția leziunii de inoculare ;

— *stadiul terțiar* (sau visceralizat), caracterizat prin leziuni sclero-gomoase, care încep aproximativ la 3 ani de la apariția infecției ;

— *stadiul tardiv,* caracterizat prin suferințe meningo-nevraxiale, care se manifestă în medie după o incubație de aproximativ 10—15 ani de la infecția primară, cu o latență de minimum 7 ani și un maximum de latență de 20—30 de ani.

*În primele stadii de evoluție a sifilisului primar și secundar, pot să apară două categorii de tulburări psihice *, esențial diferite ca etiologie :*

— *stările psihogene* reactive, generate în conștiința bolnavului de implicațiile negative pe care le comportă infecția atît pentru propria sa persoană, cît și pentru cei din jurul său, amenințați de a le transmite infecția ;

— *cerebrastenia (sindromul neurasteniform somatogen),* provocată de toxemia sifilitică, care se manifestă prin astenie, cefalee și insomnie, îndeosebi în cursul „tifozei" sifilitice maligne însoțită de febră, mononucleoză, anemie, hipertrofia splinei și uneori icter.

---

* Experiența clinicii de psihiatrie și dermato-venerologie din Iași nu consemnează cazuri de psihoze propriu-zise provocate de infecția stilistică în primele ei stadii evolutive.

Scanned with CamScanner

Sindromul neurasteniform este mai evident exprimat în cazul meningitei sifilitice acute, caracterizată prin hipertensiunea lichidului cefalorahidian, pleiocitoză și paralizii ale nervilor cranieni (III, VI și VIII).

Sindromul neurastenic din cursul toxemiei sifilitice retrocedează spontan și cu mult mai repede sub tratamentul cu penicilină, asociat cu săruri de bismut.

Tulburările psihice provocate de sifilisul congenital sau cîștigat în prima copilărie, au de regulă un caracter oligofrenoid sau psihopatoid, cu sau fără deficit neurologic *.

În cazul unei infecții sifilitice congenitale sau cîștigate în prima copilărie, boala evoluează stadial ca și la adulți, neurosifilisul infantilo-juvenil păstrînd totuși particularitățile sale clinice, predominate de masivitatea deficitului psihic, care este cu atît mai accentuat, cu cît sînt mai precoce leziunile ce le suportă creierul în cursul dezvoltării.

*

Neurosifilisul se diferențiază anatomopatologic ca o meningonevraxită cronică difuză sifilitică, cu leziuni fie predominant mezodermice (meningo-vasculare cu spirochete cantonate în endodeliul vascular), fie predominant ectodermice (parenchimatoase) cu spirochete cantonate și în parenchimul segmentului nevraxial afectat.

Neurosifilisul predominant meningo-vascular se diferențiază, după segmentul nevraxial afectat, în *meningo-mielite* (cu diverse localizări medulare) fără tulburări mintale, și *meningo-vascularite cerebrale* (sifilisul sau luesul cerebral) care de obicei este însoțit de tulburări psihice.

Leziunea anatomo-patologică în meningo-vascularite se diferențiază prin următoarele particularități :

— infiltrație difuză (mai rar circumscrisă) limfoplasmocitară perivasculară care ulterior ia un caracter de leptomeningită gomoasă miliară (meningită sclero-gomoasă descrisă de Fournier în 1894) ;

— leziuni vasculare, caracterizate prin infiltrație limfoplasmocitară endarteritică a vaselor mici și a capilarelor (endarterita vaselor mici) și endarterita obliterantă care determină, prin ischemie, focare de ramolisment și pustiiri celulare în parenchimul cerebral ;

— para-arterita ectaziantă (anevrismală) a vaselor mari, predominantă în porțiunea anterioară a poligonului Willis (arterele de la baza creierului), ce determină starea claudicativă a circulației cerebrale, cu apariția ictusurilor apoplectiforme, afazii și tulburări psihice tranzitorii.

---

* Diagnosticul de certitudine al sifilisului congenital sau cîștigat în prima copilărie este problematic în cazul cînd reacțiile serologice sînt negative în sînge și l.c.r.

Scanned with CamScanner

În raport cu evoluția leziunilor meningo-vasculare și a localizării lor, apar diversele sindroame clinice din sifilisul cerebral : sindroame corticale prin hemoragii meningeale, hemiplegii, afazii, ictusuri apoplectiforme, crize epileptiforme ; sindroame subcorticale cu fenomene parkinhsoniene strio-palidale, pseudo-bulbare, cerebeloase și ponto-cerebeloase etc*.

Ca elemente clinice caracteristice neurosifilisului meningo-vascular (cerebral) apar semnul Argyll-Robertson (inegalitate pupilară cu scăderea pînă la abolire a reflexului foto-motor și păstrarea reflexului de acomodare la distanță), denivelările de reflexe osteo-tendinoase (asimetrii) și — în stadiile incipiente — variabilitatea tulburărilor neuro-psihice, datorită fenomenelor de claudicație vasculară.

Tulburările psihice au un caracter variabil de la expansivitate la depresie, stări tranzitorii confuzionale și amnesto-afazice cu elemente paranoid-halucinatorii nesistematizate, scăderea funcțiilor de cunoaștere (atenție, memorie, judecată) ce evoluează cu agravări și ameliorări tranzitorii de tip congestiv, pînă la instalarea deficitului definitiv lezional.

Neurosifilisul predominant parenchimatos (meningo-nevraxita cronică sifilitică) poate fi subîmpărțit topografic în felul următor :

— sifilisul parenchimatos medular (tabesul) ;

— meningo-encefalita cronică difuză sifilitică psihotică („paralizia generală progresivă" — p.g.p.)

Aceste forme clinice ale neurosifilisului parenchimatos pot fi independente sau asociate (tabo-p.g.p.). Cînd formele sînt asociate, fenomenele tabetice sînt de regulă mai atenuate, neîntîlnindu-se ataxia tabetică gravă, artropatia și amauroza (orbire) prin nevrită optică.

Tabesul se diferențiază anatomopatologic cu o meningo-radiculită cronică sifilitică, care debutează cu arahnoidită urmată de radiculită posterioară cu sclerozarea meningelor moi, a ganglionilor spinali, a rădăcinilor și cordoanelor posterioare și degenerarea fibrelor mediale (mijlocii și lungi), care transmit sensibilitatea proprioceptivă și închid circuitul reflexelor osteo-tendinoase. În consecință, în tabes se produce progresiv scăderea simetrică, pînă la abolire, a reflexelor osteo-tendinoase (debutînd de regulă cu reflexul achilian) și fenomene ataxice (prin abolirea sensibilității mio-artro-kinetice).

Datorită lezării fibrelor din segmentul medular cervical și a inervației oculare, semnul Argyll-Robertson apare cu mare frec-

---

* Spre deosebire de infiltrația sclero-gomoasă miliară (microscopică) patognomonică neurosifilisului, în cursul stadiului terțiar al sifilisului se poate diferenția la nivelul creierului goma sifilitică solitară care, dezvoltîndu-se progresiv, realizează fenomene de hipertensiune intracraniană și simptome neurologice de focar. Goma se deosebește de alte procese expansive intracraniene prin reacții serologice pozitive pentru sifilis în lichidul cefalorahidian.

Scanned with CamScanner

venţă în toate formele de neurosifilis, deci şi în tabes. De asemenea, datorită lezării contigentului de fibre vegetative din cordoanele medulare posterioare, apar crizele dureroase fulgurante şi crizele gastrice caracteristice tabesului.

*Meningo-nevraxita psihotică luetică (paralizia generală progresivă)** se însoţeşte obligator de tulburări mintale care debutează cu modificări fruste ale personalităţii (tulburări de comportament), spre a ajunge, în raport cu evoluţia bolii, pînă la demenţa ireversibilă, dacă boala nu este depistată precoce şi tratată în mod corespunzător.

Coroborînd observaţia clinică cu studiul anatomo-patologic al creierului bolnavilor afectaţi de p.g.p., tînărul Antoine Bayle, în vîrstă de 24 ani, intern la spitalul Charenton, precizează, în 1822, că această boală mintală constituie o entitate anatomo-clinică determinată de inflamaţia cronică a creierului şi a meningelor, inflamaţie ce o denumeşte, în teza sa de doctorat, *Arachnitis cronica.* În acelaşi timp Bayle intuieşte — pe baza datelor anamnestice — posibilitatea etiologiei sifilitice a p.g.p., realizînd astfel primul model de studiu al unei boli psihosomatice cu etiologie exogenă.

Raportîndu-se la criteriul anatomo-patologic, Magnan denumeşte, în 1867, paralizia generală „encefalita cronică interstiţială difuză", termenul metaforic de „paralizie generală progresivă" menţinîndu-se totuşi în continuare cu sensul său etimologic de alterare („disoluţie") progredientă a funcţiilor mintale.

Anatomia patologică în p.g.p. a fost deosebit de atent studiată de pleiada cercetărilor din ultimii o sută de ani.

Macroscopic, meningele apar îngroşate, lactescente, aderente îndeosebi la nivelul lobilor frontali şi temporali, ceea ce denotă stadiul iniţial inflamatoriu în p.g.p.

Creierul atrofic, circumvoluţiile şterse şi şanţurile lărgite, mai mult la nivelul lobilor frontali.

Ventriculii sînt dilataţi, cu ependimul rugos la palpare şi luciul pierdut.

Microscopic, ţesutul mezodermic prezintă hiperplazie conjunctivală infiltrativă perivasculară (manşoane limfoplasmocitare şi proliferarea endoteliului vascular). Ţesutul ectodermic prezintă neurocromatoliză, degenerescenţă hidropică în celulele Betz (neuronii piramidali), vacuoliză şi balonizare, proliferare şi scleroză nevroglică, distrucţii neuronale masive cu pustiiri celulare şi alterarea

---

* Sub denumirea metaforică de „paralizie generală progresivă", în sec. XIX s-au diferenţiat bolnavii cu delir absurd de avuţie şi tulburări de vorbire, care în decurs de cîţiva ani sfîrşeau prin exitus în stare de marasm fiziologic şi demenţiere profundă.

Scanned with CamScanner

citoarhitectonicei corticale, degenerescența fibrelor mielinice tangențiale și distrucția neurofibrilelor *.

*

Procesualitatea p.g.p. — și a neurosifilisului în general — se subîmparte evolutiv în stadiul preclinic și stadiul clinic.

Stadiul preclinic *se obiectivează prin modificări ale lichidului cefalorahidian determinate de neuroinfecția sifilitică, modificări care preced apariția tulburărilor neurologice și psihice.*

În consecință, la toți bolnavii de sifilis este obligatoriu controlul periodic al l.c.r., indiferent dacă au fost tratați și reacțiile serologice sînt negative în sînge ; examenul l.c.r. se impune de asemenea și la persoanele suspecte de o infecție sifilitică ignorată **.

Întrucît depistarea cît mai precoce a neurosifilisului este de importanță capitală în ceea ce privește eficiența tratamentului, considerăm ca obligatorie cunoașterea cîtorva date privind fiziopatologia lichidului cefalo-rahidian, care mai conține încă suficiente necunoscute, ca de exemplu în ceea ce privește reglarea dinamicii limfocitare ***.

Reacția celulară ****. L.c.r. cuprinde, în condiții fiziologice, zero pînă la maximum 3 limfociți pe mm ^{3}. În p.g.p. netratată se găsește de regulă o reacție limfocitară moderată. În cazul meningovascularitei cronice sifilitice (sifilisul cerebral) pleiocitoza este de obicei mai crescută, fără a depăși însă ordinul zecilor pe mm ^{3}, spre deosebire de meningita sifilitică unde există sute de limfociți pe mm ^{3}, în timp ce în tabes reacția celulară poate lipsi, sau este evident mai atenuată.

Albuminorahia, în mod fiziologic nu depășește 0,25 g‰ la determinarea prin metoda Sicard-Cantaloube (cu l.c.r. încălzit la 80°C, în prezența acidului tricloracetic). În p.g.p. și în sifilisul cerebral, se constată, de obicei, o creștere în jur de 0,30—0,40 g‰ și, în mod excepțional, pînă la 0,60 g‰.

Globulinele se pun în evidență în l.c.r. prin precipitare cu o soluție saturată de sulfat de amoniu (reacția model Nonne-Apelt) care apare frecvent pozitivă în cazul neuroinfecției sifilitice.

---

* Leziuni sclero-degenerative se mai găsesc și în corpii striați, în creierul mic, măduva spinării și în nervii periferici, fapt care ne-a determinat să reunim diversele forme clinice de neurosifilis sub denumirea generică de *meningo-nevraxită cronică sifilitică,* p.g.p constituind în realitate o meningo-nevraxită psihotică specifică cu evoluție progresivă.

** Insistăm asupra necesității studiului l.c.r. ca element de diagnostic, întrucît reacțiile negative în sînge nu exclud posibilitatea existenței neurosifilisului.

*** P. Brânzei : *Le réglage neuro-réflexe de la dynamique lymphocitaire dans le l.c.r. humain.* L'Encéphale, 1960, nr. 1, pp. 22-29.

**** Deoarece neurosifilisul determină o reacție cronică inflamatorie a țesuturilor nevraxiale, l.c.r. este clar, neconținînd decît limfocite ca reacție celulară. Reacția celulară trebuie cercetată în prima oră de la recoltare, întrucît limfocitii se lizează repede în vitro.

Scanned with CamScanner

Serinele se precipită cu o soluție apoasă de fenol 10/150 (reacția model Pandy) *.

Reacțiile de floculare (Citochol, Meinike) etc. se folosesc rar în l.c.r., deoarece dau false reacții negative.

Reacții coloidale. Se folosește fie reacția Lange cu o soluție de aur coloidal (dificilă în ceea ce privește prepararea soluției de aur coloidal), fie reacția Guillain-Laroche Lechelle cu tinctura de benzoe (curent folosită la noi).

Reacția Takata-Ara (carbonat de sodiu + sublimat corosiv + fuxină) este utilă cu precădere în diferențierea tumorilor cerebrale prin coloratia sa caracteristică.

Reacția termo-coloidală ** se dovedește deosebit de promptă și sensibilă, flocularea și sedimentarea apărînd în primele trei minute în cazul p.g.p netratată și în decurs de 7—15 minute în forme de neurolues atenuat sau tratat, *fiind totodată ultima reacție care se negativează după tratament.*

Reacția de fixare a complementului (reacția cu antigen Cardiolipinic și antigen Reiter) are un caracter de specificitate în cazul neurosifilisului.

În sifilisul cerebral, reacțiile de fixare de complement pot fi negative în l.c.r. pînă la 20% din cazuri, iar în tabes pînă la 60% din cazuri ***.

În p.g.p. reacțiile sînt pozitive în l.c.r. la toți bolnavii netratați. Cazurile de bolnavi cu p.g.p. netratată care au reacția negativă sau dubioasă (putere anticomplementară) în l.c.r., reprezintă cca 1 la 500 din cazuri și exprimă o stare de anergie care se reactivează după începerea tratamentului.

Ca reacție specifică se preconizează și probele de imobilizare a spirochetelor, ca testul Nelson de pildă, reacție care nu este totuși atît de infailibilă pe cît este de complicată. În schim, testul de imunofluorescență, care se lucrează acum și în spitalul Socola, comportă o specificitate cu totul remarcabilă în cazurile problemă.

---

* Diversele reacții pentru globuline și serine au un caracter nespecific, ele apărînd pozitive și în cazul altor suferințe meningo-nevraxiale, începînd cu tumorile cerebrale sau neuroinfecțiile acute și terminînd cu intoxicațiile banale.

** P. Brânzei, Olga Huțu : *Reacția termo-coloidală a proteinelor din l.c.r. ca metodă informativă în unele îmbolnăviri ale sistemului nervos central.* St. și Cerc. șt. Acad. R.S.R. Fil. Iași, 1955 nr. 3—4.

Semnalăm că reacția termocoloidală este deosebit de sensibilă și în depistarea precoce a meningitei tuberculoase, iar în encefalite se obiectivează prin aspecte variabile de opalescență.

*** În cazul tumorilor cerebrale, reacția BW poate fi pozitivă (de regulă putere anticomplementară) într-o proporție de pînă la 12% din cazuri, însă în această situație albumina este evident crescută (peste 0,60 g‰), iar reacția citologică lipsește (disociație albumino-citologică). În cazul cînd reacția B.W. se face cu l.c.r. proaspăt recoltat și neinactivat la 56°C, poate să apară o reacție BW fals pozitivă.

Scanned with CamScanner

Studiul comparativ al bateriei de analize efectuate în l.c.r., coroborat cu examenul clinic, permite elaborarea unui diagnostic de certitudine pentru neurosifilis încă din stadiul preclinic, situație care permite obținerea de rezultate excelente în toate cazurile corespunzător tratate.

*

Stadiul clinic al p.g.p. se subîmparte evolutiv (în raport de procesualitatea tulburărilor mintale) în perioada incipientă, perioada de stare și perioada demențială (terminală).

Perioada incipientă se caracterizează prin modificarea comportamentului și a fineței discernămîntului asupra interrelațiilor sociale, însoțită de un polimorfism neuro-simptomatic, de la cefalee, astenie și indispoziție de tip neurasteniform, pînă la comportament psihotic însoțit de modificarea reflexelor vegetative și osteotendinoase.

Indiferent de simptomatologia neurologică frustă pe care o prezintă bolnavul, analiza psihologică relevă sugestibilitate crescută, oscilații bruște ale tonalității afective, fenomene de inatenție și dismnezii, și cu precădere pierderea capacității unui autocontrol eficient asupra comportamentului *. Modificările inițiale ale funcțiilor de cunoaștere sînt urmate apoi de conturarea unei suferințe cerebrale care marchează perioada de stare a bolii.

Perioada de stare comportă două categorii de simptome patologice care se intrică, și anume un sindrom neurologic și un sindrom psihopatologic.

Sindromul neurologic: facies hipomimic, tremurături fine ale musculaturii peribucale ce preced actul vorbirii, mișcări de piston în propulsia limbii și semnul Argyll-Robertson; disartrie (tulburări de pronunție a cuvintelor — mai evident în cazul propozițiunilor onomatopeice); uneori fenomene iritative trigeminale cu dezinhibarea reflexului de „sugere" a buzelor sau de masticație în gol; exagerarea simetrică a reflexelor osteo-tendinoase, fără modificarea reflexelor cutanate abdominale și plantare. În cazul cînd paralizia generală este asociată cu tabesul, scăderea pînă la abolire a reflexelor osteo-tendinoase și a sensibilității profunde dureroase.

Sindromul psihopatologic. Dacă sindromul umoral și neurologic rămîn în general constante pe tot parcursul evoluției bolii, fenomenele psihotice se accentuează progresiv pînă la demențiere ireversibilă, atunci cînd nu se intervine în timp util cu o terapie eficientă.

Fenomenele psihotice sînt polimorfe, proteiforme și de intensitate variabilă, atît datorită evoluției și masivității proceselor con-

---

* De exemplu: un bolnav se duce la biserică și în fața tuturor fură banii din cutia milelor; altul, strînge într-o noapte toate căruțele din sat pe care le demontează și le suie în pod, sau — în sfîrșit — ca un ultim exemplu de absurditate, un bolnav hotărăște să se sinucidă prin înecare; constatînd însă că apa este prea rece, iese la mal ca să nu răcească.

Scanned with CamScanner

gestiv-edematoase encefalice și a distrucției neuronale, cît și datorită structurii tipului de sistem nervos. În general vorbind, se pot diferenția următoarele aspecte psihopatologice de fațadă și a căror importanță constă în faptul că atrag atenția asupra necesității examinării detaliate a oricărui bolnav cu tulburări psihice :

— *aspectul neurasteniform* cu acuze cenestopatice ;

— *aspectul psihopatiform* cu involuția sentimentelor moral-sociale și pervertiri instinctuale, puerilism de atitudine și oscilații bruște de afect ;

— *aspectul hipertimiform* cu euforie, agitație psihomotorie și delir absurd de grandoare (bogăție și poziție socială), rău sistematizat și ușor de orientat prin inducție sugestivă * ;

— *aspectul melancoliform* cu inerție psihomotorie pînă la stupor, sau agitație anxioasă cu idei absurde de autoacuzare și tentative de sinucidere ;

— *aspectul schizofreniform* cu izolare, acte bizare și interpretări persecutat-persecutorii nesistematizate.

— *aspectul oligofreniform* (formă simplă sau demențială), cu sărăcire progresivă ideo-afectivă și evoluție torpidă spre demențiere ;

Perioada demențială (terminală). Înainte de existența unei terapii eficiente, starea demențială era obligatorie în evoluția p.g.p. În prezent, și în raport cu precocitatea instituirii tratamentului, cît și a eficienței acestuia în funcție de reactivitatea fiecărui bolnav în parte, p.g.p. se vindecă sau se ameliorează (stabilizîndu-se cu deficit neurologic sau mintal), evoluția demențială exprimînd doar riscul unui număr redus de bolnavi depistați și tratați tardiv.

Forme clinice în raport cu vîrsta

— Forma infantilă. Copilul pierde progresiv achizițiile intelectuale și vivacitatea caracteristică, concomitent cu modificările umorale și instalarea deficitului neurologic. Este interesant că la copii nu se întîlnesc formele paranoid-megalomanice. Evoluția este severă chiar sub tratament precoce, instalarea deficitului demențial constituind un factor de risc greu de preîntîmpinat.

— Forma juvenilă (la tinerii între 16—25 ani). Evoluție polimorfă ca și la adulți, însă, de obicei, cu un prognostic mai sever în ceea ce privește deteriorarea mintală .

— Forma tardivă (la persoane peste 60 ani). Evoluție severă prin implicațiile aterosclerotice și de scădere a rezistenței organismului.

Diagnosticul diferențial al p.g.p. se impune cu procesele ex-

---

* Este interesant de reținut că actualii bolnavi cu p.g.p. nu mai prezintă decît în mod excepțional delirul absurd expansiv de grandoare, fapt care credem că este condiționat în primul rînd de scăderea virulenței spirochetei pallida sub influența tratamentelor specifice.

Scanned with CamScanner

pansive intracraniene, psihozele toxice (alcoolismul fiind adeseori asociat), boala traumatică a creierului, boala epileptică, oligofrenia etc.

De asemenea, după aspectul clinic de faţadă, p.g.p. poate fi confundată cu psihozele predominant endogene (psihoze afective, schizofrenii, psihoze delirante sistematizate, psihoze de involuţie), fapt care duce la întîrzierea aplicării unui tratament salutar.

Tratamentul p.g.p. a devenit eficient prin piretoterapie malarică * : Wagner von Iauregg, 1917 ; arsenic pentavalent : Sezary şi Barbé, 1922 ; săruri de bismut : C. Levaditi şi St. S. Nicolau, 1925 ; penicilină : Mahoney, 1943.

În prezent, cele mai bune rezultate se obţin prin instituirea cît mai precoce a piretoterapiei asociată cu penicilină, săruri solubile de bismut, arsenic pentavalent şi ioduri, în serii repetate.

Consideraţii medico-sociale

Un bolnav cu p.g.p. este considerat ca vindecat atunci cînd tulburările psihice dispar, reacţiile biologice menţinîndu-se totodată negative în l.c.r. la examenele repetate în decursul anilor. Este necesar să se reţină totuşi că între starea clinică şi reacţiile umorale nu există o concordanţă deplină, uneori persistînd reacţii pozitive în l.c.r., deşi tulburările psihice s-au remis.

În condiţii de vindecare clinică, persoana în cauză este considerată responsabilă din punct de vedere juridic.

În cazul unor ameliorări cu deficit psihic stabilizat după tratament, bolnavul poate efectua o activitate productivă corespunzătoare stării sale, de preferinţă în condiţii de lucru supravegheat.

În cazul stabilizării unui deficit demenţial după tratament, este necesară fie orientarea în activitate simplă supravegheată în mediul familial, fie în unităţi spitaliceşti de ergoterapie.

Ca o consecinţă a reducerii infecţiei primare, neurosifilisul şi respectiv p.g.p. se află într-o evidentă şi continuă scădere, testînd astfel, concomitent cu dispariţia psihozelor de natură pelagroasă, creşterea standardului economico-cultural şi sanitar al populaţiei.

*

În categoria bolilor psihosomatice cu etiologie bine precizată, alături de psihozele provocate prin agenţi infecto-contagioşi sau carenţiali, se înscriu cu o masivă cotă psihozele consecutive traumatismelor encefalice prin agenţi fizici, cît şi psihozele provocate prin intoxicaţie alcoolică sau cu alte droguri.

În consecinţă, se deduce că pe măsură ce cauzele exogene cu influenţă negativă asupra creierului pot fi evitate, în aceeaşi măsură se anulează o serie de factori de risc în apariţia bolilor psihice, subiect asupra căruia ne-am referit mai pe larg discutînd despre *Ontogeneza umană şi riscul mintal.*

---

* Vezi cap. Bioterapia, piretoterapia specifică.

Scanned with CamScanner

FIINTINARU · NECULAI

Viţa de vie, Dionisos şi silenii săi.

(Baso-relief muzeul Neapole)

Încă din primele stadii anticipative ale conştiinţei, oamenii au căutat şi caută în continuare să obţină stări agreabile prin blocarea suferinţei fizice sau morale, prin stimulare euforizantă, prin somn sau uitare.

În situaţia cînd pentru obţinerea stării agreabile se recurge la substanţe care determină strîmtorarea conştiinţei, se produce concomitent un *efect oniroid* (asemănător stării de vis) care generează *filia*, ce poate ajunge pînă la *dependenţă* faţă de agentul care a permis instalarea tranzitorie a stărilor *fantasmice de beţie şi eventual starea drogomanică* anunţată prin instalarea tulburărilor mintale.

Istoria civilizaţiilor arată că, din cele mai îndepărtate timpuri, oamenii au căutat euforizarea prin intermediul drogurilor ce le-au stat la îndemînă.

Opiumul a avut dintotdeauna semnificaţia de „talisman" benefic, datorită capacităţii sale extraordinare de blocare a suferinţelor fizice sau morale, cît şi de a provoca reverii fantasmice, des-

Scanned with CamScanner

pre care se spune că l-ar fi călăuzit și pe Buda să găsească drumul (Karma) ezoterismului nirvanic.

James Cook consemnează în jurnalul său de bord obiceiul malaezilor de a se îmbăta cu opium, după care cuprinși de amoc ucid tot ce întîlnesc în cale.

Lumea orientului apropiat a deprins exaltarea onirică provocată prin beția cu hașiș, cea denumită în Iliada *Nepentes*, și despre care Herodot scria că ar fi fost apreciată și de strămunii ținuturilor dunărene... care aveau obiceiul să se îngrămădească cît mai mulți într-o încăpere unde aruncau sămînță de cînepă peste pietre încinse la foc, fumigația respectivă provocîndu-le o deosebită frenezie.

Băștinașii continentului american au cunoscut efectele beției cocainice obținută prin mestecarea frunzelor de eritroxylon coca, stadiul inițial de excitare neuromusculară fiind urmat, ca în cazul tuturor drogurilor, de apatie și torpoare. În sfîrșit precolumbienii ținuturilor texane și mexicane sanctificau efectele onirice produse de mescalina și ciupercile halucinogene.

Mai presus de toate drogurile, ca ancestralitate și răspîndire, se plasează totuși, alcoolul, denumit de vechii celți „whisky" și de gali „l'eau de vie" pentru efectele sale stimulatoare, „dătătoare de viață".

Efectul ataractic produs de alcool a fost proslăvit de poeții tuturor timpurilor și poate mai bine decît toți de către seninul Horațiu :

> *Ce minuni nu face vinul ! El scoate la iveală secretele, justifică și confirmă speranțele, îi dă încredere lașului în bătălie, eliberează mintea îngîndurată de povara ei, inspiră în artă. Pe cine nu l-a făcut elocvent un pahar vesel ? Pe cine nu l-a scăpat și nu l-a eliberat de sărăcia stînjenitoare.*

Pe de altă parte, textele biblice, vorbind despre Noe, prevăzătorul și înțeleptul supraviețuitor al diluviului, pomenesc și de faptul că s-a îmbătat într-o asemenea măsură, încît fiii săi au fost nevoiți să-i acopere goliciunea trupului, cu toate riscurile încălcării tabu-ului sexului paternal. Pînă și pe fenomenalul Polifem l-a doborît puterea vinului mînuită de viclenia agerului Ulise, după cum nici halucinozele lui Nebukadnezar nu este exclus să fi fost de natură alcoolică.

Pulsiunea pentru starea de onirism vigil oferită de molecula etanolică este atît de perenă în structura ființei umane, încît atunci cînd, la începutul secolului, un episcop catolic și-a îndemnat credincioșii din Irlanda să nu mai consume *whisky* ca potrivnicii lor protestanți, aceștia s-au conformat... și au început să bea *eter* într-o asemenea măsură, încît un observator glumeț spunea că un străin poate cunoaște religia fiecărui irlandez... după miros.

Scanned with CamScanner

Plecînd de la constatarea că pulsiunea onirofilică constituie un fenomen de conștiință, subiectul preocupărilor pentru salvgardarea sănătății mintale trebuie să se orienteze în mod necesar și către studiul multifactorial al tulburărilor personalității provocate de uzanța drogurilor.

Cu toate că filia, apetența sau dependența față de droguri comportă diverse diferențieri biologice, psihologice sau sociologice, numitorul comun rezidă totuși în pulsiunea pentru obținerea efectului agreabil al onirismului vigil, produs prin strîmtorarea cîmpului conștiinței în cursul dezaferentării narcotice a mozaicului funcțional cerebral, pînă în măsura de a produce prin repetare o condiționare morbidă greu reductibilă.

Dat fiind caracterul predominant demodulator al conștiinței provocat de uzanța drogurilor, motivația apetenței, a dependenței sau abținerii de la consumul lor, comportă o dinamică diferită în raport de credințe, obiceiuri și nivelul cultural al unui etos anumit, cît și în funcție de accesibilitatea la droguri.

Astfel, în România contemporană nu se înregistrează dependențe semnificative față de droguri, datorită nu numai controlului eficient exercitat de către stat asupra circulației acestora, ci și datorită unei adaptări constructive a tineretului la condițiile unei societăți în plină dezvoltare. Pe de altă parte, este de reținut creșterea explozivă a uzajului drogurilor cu efecte morfeice și halucinatorii incisive, în rîndurile tineretului din societățile de consum.

In condițiile unei organizări sociale care exclude vehicularea ilicită a drogurilor, ecologo-epidemiologia alcoolismului, ca drogofilie universal acceptată, apare interesant de a fi analizată pe tot evantaiul ei de implicații clinice negative, respectiv stările de beție banală, alcoolofilie și alcoolomanie.

Luînd ca termen de referință dinamica internărilor pentru prima oară în spitalul „Socola" Iași în ultimii 70 ani, rezultă că alcoolismul comportă un coeficient global de 6%, raportul internărilor pe sexe fiind dublu pentru bărbați pînă în 1960, spre a crește apoi în ultima decadă la femei.

Este, de asemenea, interesant de remarcat că, pînă în al cincilea deceniu, persoanele spitalizate pentru alcoolism sufereau, în marea lor majoritate, de *alcoolomanii* (psihoze de natură alcoolică), starea lor constituind în același timp o urgență psihiatrică ; în ultimele două decenii numărul *alcoolofilicilor* care solicită în mod deliberat o terapeutică eficientă a crescut progresiv, atît ca expresie a dezvoltării conștiinței populației despre sănătatea mintală, cît și a exigenței mereu crescînde a familiei și a grupului de muncă.

Cu toate că nu rezultă o corelare sigură între formele clinice de alcolism și delincvență, se remarcă, totuși, că actele imputabile sînt comise mai frecvent de către persoanele aflate în stare de beție obișnuită sau de către alcoolofilici, în situația cărora consumul de

Scanned with CamScanner

băuturi alcoolice uşurează declanşarea anumitor afecte patologice, şi îndeosebi la psihopaţi, encefalopaţi, epileptici sau oligofreni.

În sfîrşit, deşi numărul consumatorilor ocazionali de băuturi alcoolice este foarte răspîndit, datele epidemiologice arată că doar un număr restrîns devin alcoolodependenţi, situaţie care se constată dealtfel şi în uzajul altor droguri.

Referindu-ne la dificultăţile de adaptare socială, evident mai crescute la alcoolofilici comparativ cu persoanele echilibrate, se impune o cunoaştere mai aprofundată a stării predispozante sau favorizante la drogodependenţă în general.

Studiile complexe efectuate în laboratoarele spitalului „Socola" în decursul timpului *, au relevat o evidentă labilitate homeostazică umorală, endocrină şi nervoasă, care se menţine şi după dezintoxicare, situaţie ce explică instabilitatea crescută pe care o prezintă alcoolofilicii faţă de agenţii stressanţi, indiferent de natura lor biogenă sau psihogenă.

Continuînd cercetările noastre de laborator asupra homeostaziei la alcoolodependenţi, s-a ajuns la următoarele concluzii semnificative faţă de media cazurilor studiate înainte şi după cura de dezintoxicare * :

— din punct de vedere al metabolismului proteic şi al funcţiei hepatice, s-a putut pune în evidenţă prin metoda electrofrezei o diminuare a albuminelor şi o creştere a globulinelor, în special ale fracţiilor gama şi alfa 2 în proporţie de 42% din cazuri ;

— din examenele referitoare la integritatea hepatică s-au constatat modificări patologice la proba cu bromsulfonftaleină (B.S.P.) în 26% din cazuri, cu valori între 6—60% retenţie. Transaminaza glutampiruvică (T.G.P.) a prezentat valori moderat crescute, cuprinse între 44—123 uK în 37% din cazuri. Concomitent cu aceasta s-au obţinut valori paralel crescute şi ale T.G.O. Studiindu-se aceste modificări pe diagnoze, se poate aprecia că majoritatea datelor patologice survin în formele de psihopolinevrită etilică şi etilism cronic cu tulburări psihice ;

— cercetînd echilibrul ionic, s-a observat că Mg seric apare uneori crescut dar într-un număr nesemnificativ de cazuri şi în special în formele de etilism cronic cu tulburări psihice şi delirium tremens. Ionul de Na scade în psihopolinevrita etilică, în etilismul cronic şi în delirium tremens în 50% din cazuri, iar ionul de K oscilează între hipo- şi hiper-kalemie în cazurile de psihopolinevrită eti-

---

* P. Brânzei, Olga Caşler, T. Pirozynski, C. Romanescu, Georgeta Zvonaru, T. Vieru : *Contribuţii la studiul alcoolomaniilor.* Rev. Med. Chir. Iaşi, nr. 4, 1962.

* P. Brânzei, Fl. Şerban, Olga Morariu, Maria Balţatu, Victoria Teofănescu, Constanţa Moisă, Ana Verdeş, Liliana Segal, Adriana Gafencu : *Relaţii homeostazice în alcoolodependenţă,* în vol. *Relaţiile interdisciplinare ale psihiatriei,* Ed. „Socola" 1976, pp. 87-88.

Scanned with CamScanner

lică și în dipsomanie, cu o persistență a hiperkalemiei în delirium tremens și în etilismul cronic cu tulburări psihice. Nu s-au observat modificări semnificative ale electroliților în celelalte forme de etilism. Valoarea calciului nu a fost modificată la grupa de pacienți explorați ;

— în corelație cu ceilalți ioni s-a cercetat comportarea raportului clor golubular — clor plasmatic și s-a remarcat în general o creștere a acestui raport cuprins între 0,54—0,69 față de valorile considerate ca normale (0,48—0,52). Această creștere a raportului s-a observat în 77% din cazuri și în special în stările de delirium tremens, etilism cronic cu tulburări psihice, în psihopolinevrita etilică și în etilism cronic ;

— în ceea ce privește metabolismul glucidic și lipidic, s-a observat că modificările ce apar sînt într-o proporție nesemnificativă față de lotul de bolnavi explorați ;

— referindu-ne la hemoleucogramă, se semnalează o inconstantă anemie normocromă, apreciată ca o consecință a unei subnutriții prelungite. În schimb s-a remarcat că la 50% din cazuri apare o hemoconcentrație inițială, hematocritul situîndu-se peste valorile considerate normale ;

— studiind comportarea hematocritului la proba hidrică comparativ cu un lot martor, s-a constatat că la persoanele normale nu se produc denivelări evidente ale valorilor eritrocitare totale în decurs de 4 ore.

La alcoolici, în special la cazurile de delirium tremens, etilism cronic cu tulburări psihice și dipsomanie, se remarcă oscilații la 2 ore după încărcarea hidrică fie în sensul unor scăderi, fie a unor creșteri, cu revenire la unii dintre ei la limite normale după 4 ore *.

La controlul efectuat după reechilibrare biologică, curba hematocritului la o parte din cei examinați se menține oscilantă la 2 ore, iar la o altă parte dispare luînd aspectul unei curbe martor.

Aceași observație se poate face și în comportarea homeostaziei electrolitice prin determinarea raportului clor globular — clor plasmatic.

Din coroborarea datelor prezentate, se desprind dificultățile de adaptare homeostazică la alcoolici, care explică, din punct de vedere biologic, iritabilitatea, labilitatea psihică și fragilitatea lor față de diverse stressuri exogene, precum și apariția tulburărilor acute în cazul beților patologice sau a privațiunii de alcool la băutorii cronici.

Relațiile biochimice și psihofiziologice la alcoolofilici, ca și la toate categoriile de onirofilici în general, indică coordonatele tera-

---

* C. T. Nicolau apreciază că homeostazia hidrică se restabilește la persoanele normale pînă la 30 minute, trecerea apei din plasmă în spațiile lacunare avînd rolul unei supape ce amortizează șocul hidric de diluție plasmatică.

Scanned with CamScanner

peutice care implică o reechilibrare și consolidare atît biologică și psihologică, cît și acțiuni complexe de adaptare și integrare socio-familială și profesională.

Psihofiziologia, farmacodinamia și clinica drogofiliilor arată că substanțele cu acțiune predominant narcotică (opiacee, derivați morfinici, alcool, barbiturice sau neuroleptice), cît și substanțele predominant stimulatoare (cocaina, cafeina, nicotina, amfetamina sau halucinogenele), produc inițial o stare de beție cu excitare psihică, după care urmează slăbirea proceselor corticale cu apariția stărilor fazice dintre somn și veghe. În ambele situații se pot instala fenomene de obișnuință caracterizate prin necesitatea imperioasă pentru substanța euforizantă, creșterea progresivă a dozajului (toleranței) cu suferință manifestă fizică și îndeosebi psihică la întreruperea administrării drogului euforizant (sindromul de abstinență).

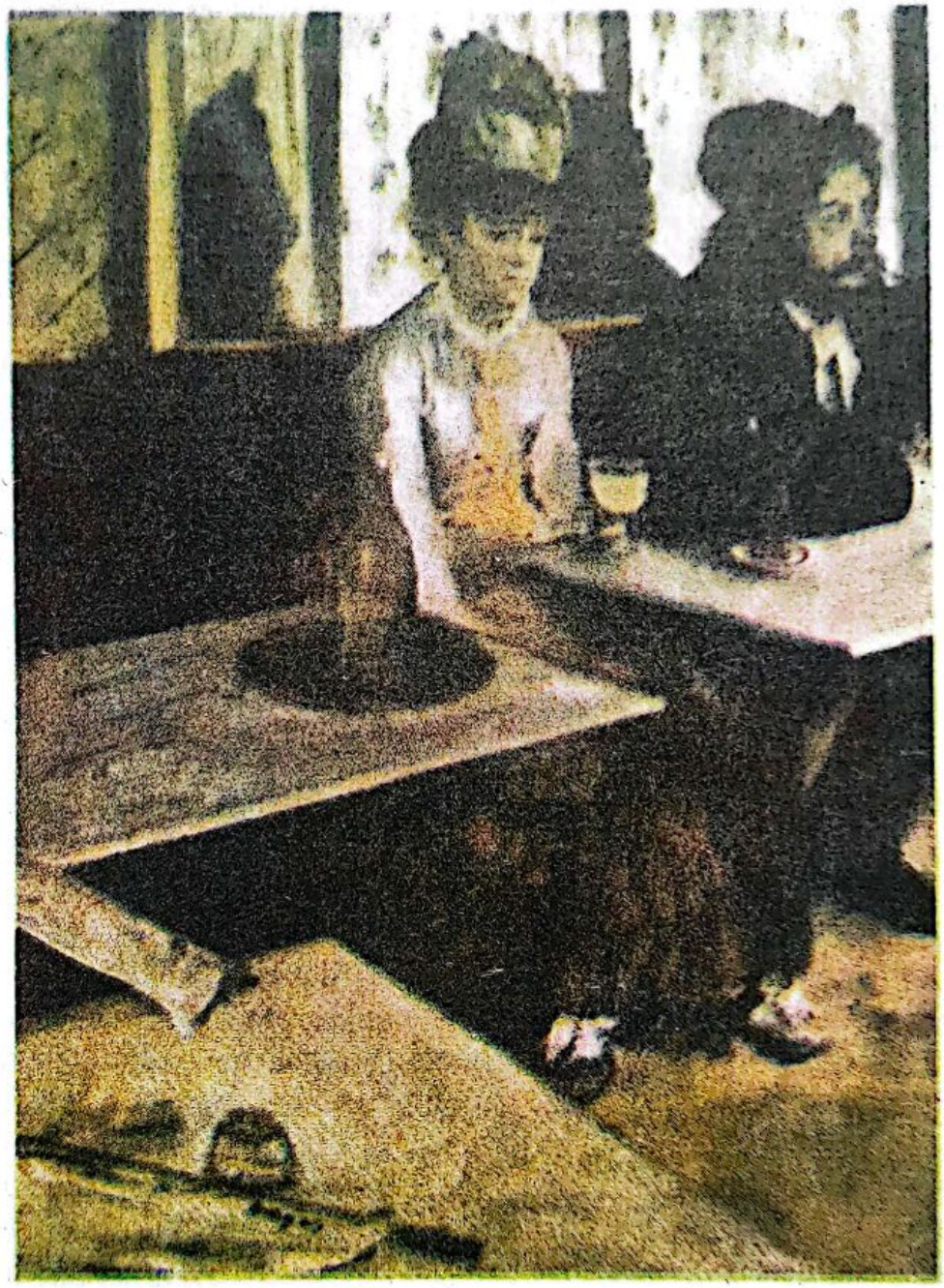
Administrarea acestor substanțe timp îndelungat poate determina alterarea progresivă a personalității, caracterizată prin tulburări de comportament, alterarea fondului biologic și intelectual și apariția stărilor psihotice, dacă nu se intervine prin măsuri adecvate de stingere a condiționării morbide.

Starea agreabilă tranzitorie însoțită de onirism fantasmic, pe care o provoacă atît drogurile narcotice cît și cele analeptice, constituie elementul pe care se fixează condiționarea morbidă (eufomania, toxicomania, drogomania). Dacă utilizarea termenului de „narcomanie" pentru definirea generică a tulburărilor personalității provocate de uzanța drogurilor apare ca justificată din punct de vedere farmacodinamic, pe plan psihologic este de reținut totuși predominanța onirismului agreabil care condiționează dependența, termenul generic de onirofilie devenind astfel mai apropiat pulsiunii umane spre euforizare și nu spre intoxicare sau narcotizare. Condiționarea onirofilică se realizează mai ușor la persoanele cu o constituție dizarmonică predominant egofilă, ele aflîndu-se în „așteptarea" sau în „căutarea" modificării dispoziției fie din curiozitate, fie prin dezechilibru bio-psiho-social.

Spre deosebire de stările de beție episodică voluntară, onirofilia (narcofilia) și oniromania (drogomania) se delimitează ca entități psihiatrice prin stare de dependență față de drogul (sau drogurile) la care s-a produs condiționarea morbidă, cît și prin modificările sau tulburările psihice pe care le generează.

În același timp, acceptînd motivația onirofilică pe care o dăm drogodependențelor, ar fi de reținut că anumite substanțe care creează obișnuință, ca de pildă tutunul sau cafeaua, nu pot fi considerate totuși droguri propriu-zise, deoarece utilizarea lor prelungită și în cantități uneori crescute, nu determină apariția onirismului vigil și nici dereglarea mintală, deși aceste substanțe au, de asemenea, anumite efecte nocive asupra organismului.

Scanned with CamScanner



Edgar Degas : „Absintul".
Însingurare și visare

Dată fiind universalitatea alcoolofiliei, se impune în mod necesar cunoașterea cîtorva elemente cu privire la psihofiziologia și farmacodinamica etanolului, ca element de referință pentru drogofilii în general.

În condiții normale, organismul produce endogen o cantitate infimă de alcool prin fermentațiile care au loc în tubul digestiv.

Scanned with CamScanner

Alcoolul este introdus în organism ca „aliment“ pe cale digestivă, aflîndu-se diluat în diversele băuturi în proporții variabile :

— băuturi alcoolice fermentate = berea . . . . . 4—14%
vinul . . . . . 8—20%
— băuturi alcoolice distilate = ... 20—60%
— băuturi alcoolice aperitive = ... 60—70%

Alcoolul ingerat se absorbe la nivelul stomacului pînă la o proporție de 20%, în funcție de conținutul alimentar și evacuarea gastrică, cît și în funcție de cantitatea, calitatea și concentrația alcoolică a băuturii. Absorbția este mai rapidă cînd stomacul nu conține alimente. Alcoolul evacuat în tractusul intestinal se absoarbe repede, în proporție de 80%, indiferent de conținutul său.

În raport cu factorii de mai sus, cît și de compoziția vehiculentului, absorbția completă a alcoolului ingerat variază de la 2 pînă la 6 ore. Aceeași cantitate de alcool conținută în băuturile fermentate determină o alcoolemie * mai scăzută comparativ cu alcoolul conținut în băuturile distilate. Această diferență de resorbție este explicabilă prin adeziunea alcoolului la masa coloidală ce există ca vehiculent în băturile fermentate. Odată trecută bariera digestivă, alcoolul difuzează uniform în toate umorile și viscerele organismului datorită miscibilității sale cu orice cantitate de apă, manifestînd totuși o afinitate mai crescută pentru lipoide, respectiv țesutul cerebral și hepatic.

*

Alcoolul ca aliment. Întrucît alcoolul se resoarbe repede, fără o digestie prealabilă, aducînd un aport caloric care poate înlocui tranzitoriu alte surse de energie alimentară pînă în proporție de 50%, cît și datorită faptului că în doze mici provoacă inițial o stimulare a întregului organism, alcoolul este acreditat ca un aliment, deși în funcție de doză și starea inițială a organismului poate provoca evidente efecte toxice. Spre deosebire de alimente, energia calorică eliberată în organism prin oxidarea alcoolului (respectiv 10 ml. etanol = 7 calorii) nu

---

* Alcoolemia exprimă cantitatea de alcool apreciată în ml sau în g la litru de sînge. Alcoolemia nu constituie însă un raport direct proporțional stabilit între cantitatea de alcool ingerat și concentrația sa în sînge într-un anumit moment, deoarece există mari oscilații individuale. De asemenea, raportul dintre alcoolemie și tulburările psihice nu are un caracter matematic de proporționalitate, deoarece există stări diferite de toleranță la impregnarea alcoolică, determinată de starea funcțională (metabolică) cerebrală în momentul respectiv. Aceste limite sînt destul de largi din punct de vedere statistic, deoarece există persoane care prezintă tulburări evidente de comportament la o alcoolemie de 0,30 g‰, după cum altele nu prezintă semne grave de intoxicație nici la o alcoolemie de 5 g‰, deși doza mortală este în medie de 5—6 g‰

Scanned with CamScanner

poate fi înmagazinată, metabolizarea sa avînd în același timp un regim liniar, neinfluențat de nevoile energetice ale organismului, adică un regim caloric neeconomic din punct de vedere biologic.

În concluzie, după datele fiziologice, farmacologice și biochimice actuale, alcoolul apare ca un metabolit care poate fi utilizat satisfăcător de o persoană adultă, sănătoasă, bine hrănită și neobișnuită cu alcoolul, dacă nu se depășește 1—2 g alcool pe kg/corp, în decurs de 24 ore. Chiar și la aceste doze pe deplin utilizabile caloric, alcoolul are însă proprietăți farmacologice caracteristice substanțelor depresoare asupra activității reflex-condiționate :

— un litru de bere (care dă cele mai scăzute alcoolemii și aduce în plus cca. 500 calorii prin conținutul lui în proteină), reduce randamentul unui halterofil cu 8—20% ;

— proba ergografică indică apariția oboselii musculare mai repede după un consum moderat de băuturi alcoolice, comparativ cu proba fără alcool la aceeași persoană ;

— la un trăgător de tir, după un litru de bere precizia loviturilor scade cu cca 30% ;

— la conducătorii de autovehicule, latența perioadei de răspuns efector de la accelerare la frînare crește de 2 ori la o alcoolemie de 0,50 g‰ ; la o alcoolemie de 1—1,50 g‰ de 2—4 ori ; la o alcoolemie de 1,5—2 g‰ de 3—5 ori ; peste 2 g‰ de 6—8 ori.

Formele clinice de alcoolism

Alcoolismul constituie o categorie dificil de clasificat datorită parametrilor bio-psiho-sociali pe care îi afectează în mod diferit. În această situație, revizia a IX-a CIB diferențiază alcoolismul în următoarele rubrici distincte : *psihozele alcoolice (291), sindromul de dependență alcoolică* (303) și *abuz de alcool la o persoană nedependentă* (305.0) *.

Cu alte cuvinte, din cuprinsul generic al noțiunii de alcoolism, se diferențiază următoarele categorii clinice, cu implicații medico-sociale diferite :

— *beția alcoolică obișnuită* „ebrietas vulgaris", pe care și-o provoacă voluntar și în mod episodic unele persoane în scopul creării unei stări agreabile, fără a se ajunge la dependență de alcool (CIB-9 = 305.0) ;

— *alcoolofilia.* Sub această denumire reunim aspectele psihopatologice caracterizate prin înclinarea deosebită pe care o resimt anumite persoane față de euforizarea prin consumul băuturilor alcoolice, apetență care conduce în timp la instalarea dependenței și *alcoolismului cronic, indiferent de cantitatea de alcool ingerată sau de ritmul cronologic al ingestiei :*

---

* *Clasificația internațională a bolilor, revizia IX-a, OMS,* vol. I, p. 236. Trad. Ed. Min. Săn., București, 1978.

Scanned with CamScanner

CIB-9 = 303. Sindromul de dependență alcoolică. *Stare psihică și de obicei și fizică, ce rezultă din absorbția alcoolului, caracterizată prin reacții de comportament și altele, avînd întotdeauna o necesitate compulsivă de a consuma alcool în mod continuu sau periodic, în scopul de a simți efectele psihice și cîteodată de a suprima starea de indispoziție consecutivă abstinenței; obișnuința poate coexista sau nu. O persoană poate fi sub dependența simultană a alcoolului și a altor droguri; în acest caz se va folosi codul apropiat, la 304. Dacă alcoolismul este asociat cu psihoza alcoolică sau cu complicațiile somatice, atunci ambele trebuie să fie codificate*

— *alcoolomania.* Sub această denumire reunim totalitatea aspectelor psihotice caracterizate prin alterarea discernămîntului asupra propriei persoane și interrelațiilor sociale, dezvoltate pe fondul consumului cronic de băuturi alcoolice, stările periodice de apetență dipsomanică ireductibilă, cît și fenomenele psihotice supraacute apărute în mod excepțional la consumul unor cantități mici sau moderate de băuturi alcoolice (criza de beție patologică) :

CIB-9 = 291. Psihozele alcoolice. *Stări psihotice organice datorite în special consumului excesiv de alcool și în care tulburările de nutriție par a juca un rol important. În unele din aceste cazuri suprimarea alcoolului poate avea o semnificație etiologică.*

Deși stările de beție alcoolică obișnuită nu constituie o preocupare psihiatrică propriu-zisă, decît în măsura în care ele pot genera alcoolofilia și implicit alcoolomania, consumul nerațional de băuturi alcoolice rămîne totuși un subiect important de educație a marelui public privind apărarea sănătății mintale, respectiv de a ști „cînd" și „cît" își poate permite o persoană normală să consume, situații dintre care enunțăm următoarele aspecte mai semnificative :

— riscul disgenetic al intoxicației etanolice începînd din momentul procreației și pe tot parcursul gestației ;

— fragilitatea extremă a structurilor cerebrale față de impregnarea alcoolică la copiii mici (soldată cu leziuni ireversibile și mortalitate crescută în cazul unei intoxicații alcoolice moderate raportată pe kg/corp), cît și în cursul dezvoltării infantilo-juvenile ;

— reactivitatea abnormă pînă la comportament aberant cu potențial crescut infracțional, în cazul personalităților dizarmonice, al encefalopaților, epilepticilor și al bolnavilor mintali în general ;

— corelația dintre stările carențiale alimentare, vitaminice, hormonale, suferințele viscero-umorale, capacitatea enzimatică hepatopancreatică, suprasolicitările psihofiziologice și incisivitatea intoxicației alcoolice ;

---

* Criza de beție patologică apare în revizia a noua CIB la rubrica psihozelor alcoolice (291.4).

Scanned with CamScanner

— corelațiile dintre nivelul cultural și economic cu endemia alcoolică.

*

Stadialitatea beției alcoolice obișnuite (ebreitas vulgaris), decurge din succesiunea fazelor de excitație, depresiune și inhibiție supraliminară care se produc în cursul narcotizării structurilor cerebrale.

Stadiile ebrietății acute apar mai mult sau mai puțin manifeste de la o persoană la alta, cît și la aceeași persoană în momente diferite.

Diversitatea individuală a unui adult sănătos la intoxicația alcoolică este în funcție de alcoolemie, toleranță *, tipul de sistem nervos și starea inițială a organismului în momentul ingerării respective.

Primul stadiu de intoxicație alcoolică acută se caracterizează, în general, prin excitație psihomotorie de tip hipomaniacal și corespunde unei alcoolemii care variază, de la caz la caz, între 0,30 g‰—1,5 g‰.

Reflexele condiționate de înaltă diferențiere, prin care se realizează procesele conștiente de analiză și sinteză și în consecință discernămîntul critic, scad repede și progresiv pe toată perioada de absorbție a alcoolului, adică timp de 2—3 ore, chiar și la ingerarea unei cantități mici de alcool.

În funcție de personalitatea premorbidă și starea ideo-afectivă premergătoare îmbătării, pe lîngă starea hipomaniacală pot să apară și alte „variante" morbide, ca predominanța excitației triste, delirante sau confuzionale.

Al doilea stadiu de intoxicație alcoolică acută (hipnoid, ebrios sau medico-judiciar) se caracterizează prin depresiunea activității neuropsihice și corespunde unei alcoolemii care variază, de la caz la caz, între 1,5—3‰.

În cursul acestui stadiu apar o suită de tulburări psihomotorii, corespunzător deconectării din mozaicul funcțional al structurilor neuronale corticale intrate în narcoză :

— ideația și limbajul devin tot mai incoerente, tendință megalomanică ; reducerea manifestă și progresivă a capacității de percepție și creșterea fazei latente între stimularea senzorială și reacția psihomotorie ; reacții fazice paradoxale și tendință la somn ; discernămîntul situațiilor devine tot mai precar, ajungînd pînă la un stadiu hipnoid confuzional care-l expune pe subiect, în raport cu

---

* Utilizarea mai îndelungată a băuturilor alcoolice duce la creșterea *toleranței* care poate fi de 3—4 ori mai mare decît la un băutor sporadic. Această toleranță, care nu a fost încă suficient clarificată fiziologic, pare a fi determinată de adaptarea metabolică a creierului de a lucra convenabil în condițiile unei intoxicații limitate. Toleranța alcoolică dispare după cîteva luni de abstinență.

Scanned with CamScanner

situația în care se află, la o diversitate de incidente și accidente.

Al treilea stadiu de intoxicație alcoolică acută (paralitic) se caracterizează prin narcotizarea scoarței cerebrale și corespunde, de regulă, la o alcoolemie în jurul a 3—4 g‰.

Reflexele condiționate sînt abolite, limbajul neinteligibil, coordonarea motorie profund perturbată. Intoxicatul cade unde îl prinde vremea, nu-și mai controlează sfincterele, somn profund preanestezic de cîteva ore.

Al patrulea stadiu de intoxicație alcoolică acută (comatos) corespunde unei alcoolemii de 4—5‰ și se caracterizează prin abolirea reflexelor spinale, pupile imobile în midriazis, anestezie ; hipotensiune, puls deprimat ; respirația rară și stertoroasă ; cianoză, hipotermie, transpirație vîscoasă.

Pe măsură ce acțiunea narcozei alcoolice se epuizează, datorită oxidării alcoolului, intoxicatul străbate înapoi drumul spre trezire prin refacerea progresivă a labilității nervoase. Restabilirea vitală este compromisă după o comă profundă de peste 12 ore.

Moartea se produce, în general, la o alcoolemie de 5 g‰ prin oprirea respirației.

Intoxicația alcoolică supraacută se produce prin consumarea rapidă a unei mari cantități de alcool (în scopul unei sinucideri sau a cîștigării unui pariu), sau la persoane foarte sensibile la alcool și îndeosebi copiii mici. În această situație, faza de excitație trece aproape neobservată, persoana în cauză intrînd repede în stadiul comatos. Intoxicația supraacută se poate produce și la băutorii cronici, și cu precădere la aceia care sufăr de encefalopatie hipertensivă sau de insuficiență hepatică.

Diagnosticul diferențial de urgență al intoxicației alcoolice

Intoxicația alcoolică, chiar și neînsemnată cantitativ, poate acționa totuși ca factor declanșator sau agravant al unor suferințe organice, sau să fie asociată cu alte intoxicații.

Diagnosticul diferențial de urgență al intoxicațiilor alcoolice față de alte substanțe narcotice este uneori dificil : intoxicații cu solanacee, barbiturice, derivați morfinici, neuroleptice, bromuri, paraldehidă, eter etc.

Stadiul de excitație alcoolică acută comportă diagnosticul diferențial cu unele psihoze. Efectele intoxicației alcoolice se epuizează însă în cîteva ore, în timp ce psihozele sînt de durată, cu excepția stărilor crepusculare epileptice, care de asemenea se remit repede. Fenomenele epileptice se diferențiază prin anamneză, semnele psihice caracteristice bolii și prin investigații de laborator.

Stadiul paralitic și comatos impune diagnosticul diferențial cu hemoragiile și ictusul cerebral, contuzia cerebrală și torpoarea tumorală. Suferința cerebrală lezională comportă semne caracteristice generale și locale, care pot fi diferențiate prin examenul clinic și de laborator, iar pentru obiectivarea impregnării etanolice se impune dozarea alcoolemiei.

Scanned with CamScanner

Alcoolomania (beția patologică acută, dipsomania, alcoolismul cronic și psihozele pe care le determină).

Criza de beție patologică acută constituie o stare excepțională ca frecvență în clinica alcoolismului, care se instalează repede după consumarea unei cantități reduse de alcool(de regulă cu o alcoolemie pînă la 1 g‰) caracterizîndu-se printr-o accentuată agitație confunzional-halucinatorie cu agresivitate, automatism ambulator — fără semne de ataxie ebrioasă — și nivel de conștiință anulat, stare care se poate menține cîteva ore și se termină de obicei prin somn. La trezire (sau la ieșirea ambulatorie din criză), amnezie lacunară totală asupra episodului critic al intoxicației (CIB-9 = 291.4).

Criza de beție patologică acută este favorizată de insolație, băutul pe nemîncate, sechelele traumatice ale creierului, suprasolicitarea nervoasă și stările de afect, procesele expansive intracraniene, psihopatia nucleară, meningo-nevraxita cronică sifilitică, psihoze larvate. Criza de beție patologică acută comportă similitudini cu echivalența epileptică prin suprimarea de scurtă durată a conștiinței și automatism ambulator, situație care îl determină pe C. Csiky să o considere ca un „scurt circuit mintal" în cadrul nosologic al epilepsiei.

Apariția manifestărilor confuzionale în cursul unei îmbătări episodice moderate, chiar dacă aceasta se manifestă doar prin amnezia momentului de ebrietate, constituie un simptom — semnal al unui dezechilibru biologic sau mintal larvat, ce implică investigații competente și în mod practic abținerea absolută de la consumul băuturilor alcoolice :

V. I. în vîrstă de 28 ani, de profesie inginer, căsătorit, fără antecedente infracționale sau semnificativ morbide.

Fiind vizitat de prieteni, consumă împreună cu ei o cantitate neînsemnată de lichior, după care manifestă la scurt timp o agitație anxioasă confuzional-halucinatorie. Este imobilizat cu greutate și după aproximativ două ore adoarme profund.

La trezire nu-și amintește nimic despre episodul critic prin care a trecut și solicită îngrijorat un consult psihiatric. Anamneza relevă scurte momente de suspendare episodică a conștiinței (de ordinul a 1—2 secunde) în afara consumului de băuturi alcoolice.

Electroencefalograma relevă un traseu caracteristic sindromului comițial, tip petit-mal.

Abținerea totală de la consumul băuturilor alcolice și un tratament adecvat, a determinat remisiunea fenomenelor comițiale, verificată periodic în decurs de șase ani.

Scanned with CamScanner

Dipsomania (furor bibendi, Salvatori, 1817). „Setea nebună" pentru consumul de băuturi alcoolice (sau alte droguri) apare în mod periodic (la cîteva săptămîni, luni sau ani și durează un timp scurt — ore sau zile. (CIB-9 = 303).

Dipsomaniacul, la început, este un consumator sporadic de băuturi alcoolice. La un moment dat (de obicei în urma unei contrarietăți afective sau a unor dificultăți mai mult sau mai puțin remarcabile sau fără motivare plauzibilă), resimte o stare de încordare afectivă cu neliniște, nesiguranță, iritabilitate și insomnie. care îl pune în stare de necesitate pentru alcool.

Primul pahar dipsomanul îl bea în silă, însă îi suprimă repede tensiunea anxioasă ; starea de necesitate se aprinde violent și bea apoi în continuare cantități mari, pînă la instalarea tardivă a somnului comatos.

Se trezește de multe ori nu departe de casă, cîteodată în altă localitate, cuprins de rușine și repulsie față de alcool. Totul reintră în ordine timp de cîteva săptămîni sau luni, pînă izbucnește o nouă criză în mod „spontan", sau la insistențele unui conviv de a „gusta un pahar".

Evoluția ciclică i-a determinat pe unii psihiatri să compare dipsomania cu psihoza maniaco-depresivă, cu echivalențele epileptice, sau să o considere o decompensare psihopatică. În realitate toate aceste aspecte pot exista, de la caz la caz, ca fond premorbid al crizelor dipsomatice care, nu rareori, confluează în alcoolismul cronic cu degradarea personalității.

Alcoolismul cronic (Magnus Huss, 1849—1852). Consumarea frecventă a unor cantități variabile de băuturi alcoolice timp mai îndelungat, poate determina dependența narcomanică și dezvoltarea diferitelor tulburări neuropsihice. (CIB-9 = 303).

Alcoolismul cronic se poate dezvolta ca o eufomanie pe un fond psihopatic, ca o deprindere cîștigată în ambianță vicioasă, ca un obicei onest la viticultori, și este favorizată de condițiile subculturale.

Aspectul alcoolicului cronic atrage atenția prin faciesul supt și palid (îndeosebi la consumatorii de băuturi distilate) sau puhav și telengectaziat (îndeosebi la consumatorii de băuturi fermentate) ; musculatura atonă, atitudinea gîrbovită, de îmbătrînire precoce, mersul lipsit de vioiciune ; tremurături fine generalizate, uneori mișcări bruște de apărare neadecvată la stimuli banali ; vocea răgușită și vorbirea cu nuanțări dizartrice ; buzele ușor carminate sau cianotice ; respirația cu halenă acetilenică ; inapetență și greață matinală, deficiențe hepato-pancreatice, gastrită.

Simptomele neurologice sînt predominate de elementul polinevritic : reflexul fotomotor diminuat, reflexele osteo-tendioase exagerate, diminuate sau abolite ; parestezii, crampe musculare și dureri obiectivate prin mimică de apărare la compresiunea maselor musculare și emergența nervilor ; creșterea cronaxiei neuro-muscu-

Scanned with CamScanner

lare ; diminuarea acuității discriminative a organelor de simț ; somnul tulburat de coșmaruri (din cauza aceasta unii alcoolici dorm cu lumina aprinsă).

Pneumoencefalografia indică frecvent atrofii cerebrale manifeste.

Complicații : alcoolismul cronic favorizează apariția epilepsiei și mai rar nevrita optică, poliradiculita superioară Wernike, encefalita și meningita hemoragică.

Consumul cronic de băuturi alcoolice determină, în primul rînd, scăderea funcțiilor superioare de analiză și a capacității de stăpînire asupra pornirilor instinctiv-emoționale, favorizînd astfel apariția comportamentului aberant. Alcoolicul devine iritabil, nu sesizează diminuarea capacității sale productive și, în consecință, se consideră persecutat la locul de muncă. În mediul familial se comportă ca un tiran rău dispus care se consideră neglijat, fără a sesiza că este risipitor, neatent și egoist. Deoarece alcoolismul exaltează libidoul, scăzînd însă potența și discernămîntul, alcoolicul devine gelos, predispus la acte de violență, atentate la pudoare sau perversiuni sexuale.

Funcțiile de cunoaștere scad progresiv pe drumul spre demența alcoolică ireversibilă, ce se produce în final prin deteriorare encefalică parenchimatoasă difuză, care se aseamănă cu meningo-encefalita cronică difuză sifilitică (pseudo-paralizia generală progresivă alcoolică).

Deteriorarea psihică determinată de alcoolismul cronic este reversibilă în mare măsură, prin abstinență și tratament susținut.

*

Pe patul alcoolismului cronic se dezvoltă diferite aspecte psihotice, nuanțarea acestora aflîndu-se în interdependență atît cu starea generală a organismului alcoolizat, cît și cu structura psihică premorbidă.

Psihozele care se dezvoltă în cursul evoluției alcoolismului cronic sînt induse în primul rînd de neurodistrofia toxemică carențială, al cărei model princeps îl constituie psihopolinevrita descrisă de S. Korsakov în 1889 *

Psihoza Korsakov alcoolică (CIB-9 = 291.1) *se diferențiază prin următoarele simptome fundamentale :* amnezie sau dismnezie de fixa-

---

* În decursul timpului s-a precizat că „cerebropatia toxemică psihotică" descrisă inițial de Korsakov pe baza datelor anatomo-clinice, nu se însoțește obligatoriu de polinevrita degenerativă cu evoluție letală. În prezent se folosește denumirea de „boală Korsakov" în cazul psihopolinevritelor psihotice de natură toxică, carențială sau infecțioasă, iar în cazul unor psihopolinevrite fruste sau nediferențiate etiopatogenic se utilizează denumirea de „sindrom Korsakov".

Psihoza sau sindromul Korsakov nealcoolică este codificat în CIB-9 la grupa 294.0, respectiv la capitolul *Alte stări psihotice organice cronice* (294).

Scanned with CamScanner

re şi confabulare compensatorie ; dezorientare temporo-spaţială şi euforie ; sugestibilitate crescută şi reacţii oniroide cu tematică delirantă ; polinevrită de intensitate variabilă.

— *Amnezia de fixare şi recunoaştere.* Bolnavul „uită de la mînă pînă la gură" ; dacă citeşte un text simplu nu-l reţine, uită ce a vorbit cu 1—2 minute mai înainte şi în consecinţă caută să-şi compenseze amnezia prin relatări imaginare (confabulare).

— *Confabularea.* Datorită bunei dispoziţii de tipul leziunilor lobului frontal, a sugestibilităţii crescute şi pierderea discernămîntului asupra propriei sale stări, bolnavul îşi compensează deficitul grav al memoriei de fixare prin relatări necorespunzătoare realităţii, uneori evident absurde, alteori aparent logice.

— *Dismnezia.* False recunoaşteri cu impresia de „déja vu" (are impresia că a mai văzut persoanele interlocutoare) sau de „jamais vu" (îşi contestă uneori pînă şi rudele apropiate pe care nu le recunoaşte) ; paramnezie de localizare şi dezorientare în timp şi spaţiu.

— *Onirismul.* Agitaţie nocturnă în cursul căreia bolnavul se comportă ca şi cum ar trăi aievea o stare de vis, cu reprezentări halucinatorii pe baza cărora construieşte diverse tematici delirante nesistematizate.

— *Sindromul polinevritic* predomină la nivelul membrelor inferioare ; în primul stadiu exagerarea reflexelor osteo-tendinoase, dureri la compresiunea maselor musculare şi parestezii ; în al doilea stadiu hipostezii, paralizii şi ataxii cu scăderea sau abolirea reflexelor osteo-tendioase ; tulburări trofice şi reacţii electrice de degenerare.

În situaţii favorabile, remisiunea bolii se produce în 3—6 luni, rămînînd adeseori sechele neurologice şi deficit mnestic. În caz nefavorabil, evoluţie lent progresivă spre demenţă globală ireversibilă prin atrofie cerebrală evolutivă. În cazul unei polinevrite ascendente (tip Landry), moartea se produce prin paralizie bulbulară.

Examenul anatomo-patologic relevă leziuni difuze accentuate ale celulelor ganglionare din scoarţa cerebrală, fără reacţii vasculare inflamatorii ; leziuni în nucleii subcorticali, îndeosebi în stratul optic, cu dispariţia elementelor celulare ; acelaşi tip de leziuni în trunchiul cerebral şi bulb, unde se mai poate întîlni şi o uşoară perivascularită ; leziuni neuronale medulare, îndeosebi în segmentul lombar ; demielinizare periaxială a nervilor periferici şi scleroză interstiţială ; leziuni musculare secundare suferinţei neuronului motor periferic.

Delirium tremens (delirul alcoolic tremurător, Sutton, 1813). CIB-9 = 291.0. Simptome fundamentale : stare hipnoid — confuzională halucinatorie cu zoopsii terifiante ; tremurături generalizate şi dureri manifeste la compresiunea nervilor ; agitaţie psihomotorie care se accentuează în cursul nopţii, bolnavul comportîndu-se ca un

Scanned with CamScanner

somnambul ce-şi trăieşte starea fantasmică predominată de stereotipii profesionale : un medic îşi trata pacienţii, un birjar îşi mîna caii, iar un casap voinic lua pe cîte un bolnav din pat şi încerca să-l agaţe pe perete într-un cîrlig (din fericire imaginar), ca pe un but de vită.

Delirul alcoolic acut se însoţeşte frecvent de suferinţe viscero-umorale ca pneumonii acute, miocardită acută, uremie diencefalică (fără leziuni renale), insuficienţă hepatică sau hipertermie centrală, simptome care se normalizează odată cu remisiunea tulburărilor neuro-psihice.

— Evoluţia scurtă (2—12 zile) cu remisiune completă sau exitus prin complicaţii viscerale (predomină bronhopneumonia, edemul şi hemoragia cerebrală). În prezent, mortalitatea prin delirium tremens a scăzut foarte mult în spitalele de specialitate, datorită unei terapii eficiente de echilibrare biologică şi reducerea eretismului diencefalic, remisiunea obţinîndu-se uneori spectacular, în 24—48 ore de la internare (vezi cap. criterii psihiatrice aplicative în urgenţele medicale).

— Factori favorizanţi : vîrsta peste 40 de ani, carenţele alimentare şi îndeosebi avitaminoza grupului B ; bolile infecţioase (îndeosebi pneumoniile) ; insuficienţa hepatică şi rezecţia de stomac ; privaţiunea de alcool la băutorii cronici, de obicei cînd este însoţită de traume violente, şi mai cu seamă contuzii şi fracturi complicate cu zdrobiri musculare, sau intervenţii chirurgicale laborioase.

— Diagnostic diferenţial : cu uremia, bolile infecto-contagioase acute, edemul cerebral, alte intoxicaţii sau psihoze.

Psihozele delirante alcoolice : CIB-9 = 291.5 — denumite impropriu „halucinoze alcoolice“ * — se caracterizează, în primul rînd, prin delir de persecuţie, de gelozie şi de prejudiciu, rău sistematizat datorită elementelor oniroid-confuzionale. Alcoolicii cu delir de gelozie ajung să fie convinşi că sînt „înşelaţi“, deoarece „aud“ şi „văd“ situaţii obscene, extraordinare prin absurditatea lor.

Delirul alcoolic se structurează uneori prin halucinaţii înspăimîntătoare şi în consecinţă bolnavii se luptă cu vedeniile în asemenea măsură, încît pot să ajungă în situaţii de auto- sau hetero-periculozitate.

---

* Noţiunea de halucinoză se referă la diversele perturbări ale reprezentărilor senzoriale faţă de care persoana în cauză păstrează atitudinea critică în ceea ce priveşte irealitatea lor, chiar dacă prin intensitate şi durată îi provoacă o deosebită stare de încordare ideo-afectivă. Halucinoza se manifestă în clinica alcoolismului cronic, îndeosebi în faza hipnoidă dintre veghe şi somn, ca percepere de zgomote, şoapte, voci şi uneori imagini cinematografice, care îl pun pe subiect în stare de alarmă şi îl determină să consulte medicul.

În momentul în care bolnavul pierde controlul critic asupra irealităţii deformărilor senzoriale din conţinutul reprezentărilor sale, nu se mai poate vorbi de halucinoză, ci de un delir halucinator propriu-zis.

Scanned with CamScanner

Conținutul și desfășurarea delirului alcoolic este indus de bagajul de cunoștințe, structura premorbidă și împrejurările în care se află persoana în cauză.

Remisiunea psihozelor delirante alcoolice subacute și cronice se produce în săptămîni sau luni și poate fi mult scurtată prin tratament corespunzător (asupra căruia revenim în ultima parte a cărții).

Sindromul datorit întreruperii administrării de alcool se codifică separat față de delirium tremens : CIB-9 = 291.8.

*

Psihoprofilaxia onirofiliei etanolice, care se bucură de o asemenea accesibilitate încît a lua masa într-un local fără ingestia unei băuturi alcoolice poate să echivaleze cu un gest nepotrivit față de majoritatea consumatorilor, impune în prim plan o vastă acțiune educativă de apărare a sănătății mintale, corelativ cu o culturalizare tot mai elevată a populației.

Totodată, (luînd în considerare pulsiunea onirofilică ca trăsătură a firii omenești), pare totuși mai potrivit să iei masa cu inamicul *Etanol*, pe care ne-am obișnuit să-l cunoaștem de milenii cu părțile sale bune și rele, decît cu ceilalți congeneri psihodisleptici de o deosebită incisivitate demodulatoare a conștiinței.

În aceeași ordine de idei, apare cu totul alarmant fenomenul de viraj contaminativ de la euforizarea banală prin consumul de băuturi alcoolice la teribila și strania apetență pentru drogurile halucinogene incisive care exaltează monstruos auto- și hetero-agresivitatea, iar în cazul uzanței prelungite deteriorează ireversibil personalitatea. Exemplul acestui dezolant aspect al defulării comportamentului uman prin uzanța halucinogenelor, ne sugerează prin anumite similitudini situația inocentului șobolan care, avînd electrozii implîntați în diencefal, „descoperă personal“ că declanșarea unui stimul electric îi provoacă o excitație atît de agreabilă, încît continuă să o declanșeze mereu, pînă la instalarea morții, dacă nu intervine „experimentatorul“ întrerupînd sursa de stimulare.

Scanned with CamScanner

Deși drogodependența în România contemporană are un caracter cu totul insolit, universalitatea onirodependenței etanolice rămînînd în esență elementul de referință pentru toate drogurile, se

Drumul spre eșec. (Apud *Santé du monde)*

cuvine să precizăm, totuși, că orice drog acționează diferit atît în raport cu particularitățile sale farmacodinamice, cît și în raport cu starea psihofiziologică a fiecărei persoane în parte, relevînd predispoziția psihotică, adîncind tulburările mintale deja existente sau creînd o psihoză propriu-zisă, în raport de doza și durata administrării drogului. Astfel, prin studiul aprofundat al psihofiziologiei și farmacodinamiei drogurilor s-au adus contribuții deosebit de importante la studiul experimental al psihozelor și tratamentul lor.

Clasificația internațională a bolilor delimitează dependența față de droguri în felul următor :

Scanned with CamScanner

CIB-9 = 304. Farmacodependența. *Starea psihică și cîteodată și fizică, care rezultă din consumarea unui drog și este caracterizată prin reacții de comportare sau altele, în care există întotdeauna nevoia compulsivă de a consuma un drog în mod continuu sau periodic, în scopul de a-i simți efectele psihice și cîteodată de a suprima starea de indispoziție consecutivă abstinenței; obișnuința poate coexista sau nu. O persoană poate fi sub dependența mai multor droguri.*

Datele enunțate referitor la pulsiunea onirofilică și drogodependențele pe care le poate realiza au avut ca scop — în primul rînd — să evidențieze faptul (nu întotdeauna bine înțeles) că orice substanță folosită pentru „voiajul în paradisul artificial" acționează prin dezorganizarea conștiinței, justificînd astfel preocuparea psihiatrilor față de acest subiect.

Dacă, într-adevăr, psihiatria nu constituie o modalitate restrictivă asupra libertății omului, nu este mai puțin adevărat că menirea psihiatrilor este să contribuie în primul rînd la organizarea apărării și promovării sănătății mintale a populației. În acest scop, informarea corectă a populației asupra rolului pe care îl are modul de viață cu toate implicațiile sale ambientale — ce include și consumul nepotrivit de substanțe psihoactivatoare — contribuie ca un factor de prim ordin la profilaxia îmbolnăvirilor mintale, conduită ce reverberează din înseși cuvintele rostite tîrziu de către Baudelaire referindu-se la *morala paradisului pierdut:* cel care a recurs la otravă ca să gîndească, nu mai poate gîndi fără otravă.

Onirofilia prin substanțe cu acțiune predominant depresoare asupra dinamicii cortexului cerebral

Opiumul, și prin el principiul său narcotic cel mai activ morfina, se „consumă" voluntar prin inhalare, se „mănîncă", se „bea" sub formă de „elixire paregorice" sau se injectează parenteral.

Ingerarea cîtorva centigrame de extract de opium provoacă o stare de beție asemănătoare alcoolului, cu stadii succesive de excitație hipomaniacală, depresie ebrioasă și somn. Opiumul, prin morfina ce o conține, suprimă temporar — și mult mai intens decît alcoolul — suferințele morale și fizice, creînd în același timp impresia onirică de voluptuoasă neantizare.

Morfina, izolată din opium ca alcaloid purificat de către Sertürner, a intrat în uzanță abia în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, odată cu răspîndirea seringii, constituind dimpreună cu succedaneii săi dilaudenul și heroina, cea mai redutabilă drogoma-

---

* Apud *Clasificația internațională a bolilor,* revizia IX (op. cit.).

Scanned with CamScanner

nie atît ca dependență cît și ca răspîndire — îndeosebi în rîndurile tineretului.

Deoarece excepționala analgezie morfinică precede obnubilarea conștiinței, drogul determină deosebit de repede obișnuința cu o puternică dependență morală și fizică, iar suprimarea lui provoacă o penibilă stare de necesitate (sindromul de abstinență).

Condiționarea patologică la morfină se produce în două împrejurări evident diferite :

— ca urmare a prescrierii medicale a unor doze repetate timp mai îndelungat în scopul jugulării unor suferințe fizice apărute în cursul diferitelor boli medico-chirurgicale ;

— ca urmare a „curiozității" unor tineri „dornici" să cunoască senzaționalele efecte onirice (care în același timp se condiționează repede la orice drog, devenind totodată inductori vicioși ai celor din preajma lor).

Indiferent de structura lor premorbidă, toate persoanele devenite morfinomane sînt dominate obsesiv de necesitatea procurării și administrării drogului ; toate ajung să crească mai mult sau mai puțin repede dozajul, devenind tot mai dependente la narcomania respectivă. Doza crește odată cu toleranța, de la cîteva centigrame pînă la tot mai multe zeci de centigrame pe 24 ore, pe care și-o administrează singuri, intramuscular sau intravenos.

Spre deosebire de personalitățile echilibrate, dizarmonicii deveniți morfinomani (sau dependenți la alte droguri) se reechilibrează extrem de dificil și, de obicei, își reîncep administrarea drogului imediat ce au posibilitatea, chiar după ani îndelungați de abstinență impusă.

Identificarea morfinomanilor este dificilă în afara evidenței sindromului de abstinență. Indicații asupra morfinomaniei disimulate rezultă din constatarea unei surprinzătoare bune dispoziții după o scurtă „retragere solitară" ; din acuzele unor suferințe fizice acute neobiectivate la examinarea medicală și solicitarea, în același timp, a „calmantelor" cu respingerea substanțelor nemorfinice ; prezența urmelor de înțepături cu topografie accesibilă autoservirii, ca fața anterioară a coapselor și venele antebrațelor. Certitudinea morfinomaniei o constituie apariția sindromului de abstinență, care poate fi declanșată în mod acut cu ajutorul Nalorfinei) *, chiar în cursul impregnării morfinice.

---

* Nalorfina : nalorphinum (D.C.I.) este un congener semisintetic al morfinei (bromhidrat de noralil-morfină) cu acțiune analeptică centrală rapidă și de scurtă durată ; antagonist specific al morfinei și opiaceelor, cît și al altor medicamente sau droguri depresive cu efect central.

Prezentare : fiole a 1 ml conținînd 5 mg bromhidrat de noralil-morfină.

Mod de administrare : intravenos 5—10 mg la interval de 10—15 minute pînă la doza totală de 40 mg.

Nalorfina provoacă la morfinomani, după 30—40 minute de la administrarea subcutanată a 3—8 mg, sindromul biologic de abstinență.

Scanned with CamScanner

Evoluția narcomaniei morfinice este progresivă spre o gravă deteriorare a personalității, întreruptă uneori spontan, pentru scurt timp, prin efort volițional sau datorită imposibilității procurării drogului și poate sfîrși tragic prin accidente mortale de supradozaj, automutilări sau sinucideri în perioadele de abstinență.

Morfinomanul nu reușește să se dezintoxice voluntar, deși atunci cînd se află în imposibilitatea de a-și procura drogul solicită spitalizarea în speranța depășirii vigilenței medicale sau a obținerii unei cure lente de dezintoxicare ; în situația cînd nu obține drogul sau dozajul devine insuficient pentru satisfacerea setei narcomanice, solicită imperios externarea.

Cura de dezintoxicare nu poate fi efectuată decît în servicii cu profil diferențiat, datorită dificultăților mari pe care le provoacă acești bolnavi care se pretează la orice pentru a-și procura momentul efemer de satisfacție, cît și datorită stărilor psihotice acute ce pot apare în cursul abstinenței. Tratamentul activ de dezintoxicare morfinică folosește două metode de suprimare a drogului :

— *metoda reducerii progresive* (lentă sau rapidă) a dozajului, cu sau fără înlocuirea morfinei cu un congener morfinic ulterior mai ușor de suprimat ca de pildă codeina sau substanțele de sinteză cu efect morfinic cum sînt cele din grupa peptidelor, metadonelor, fenodoxinului sau morfinanului. Metoda reducerii progresive are dezavantajul că starea de abstinență, cu toată simptomatologia ei zgomotoasă, apare imediat ce începe scăderea dozajului, bolnavul devine tot mai greu de stăpînit și, după ultimul centigram de morfină administrată, abstinența se menține tot atît de mult ca și în cazul întărcării bruște ;

— *metoda reducerii bruște* (care, în cazul unui dozaj peste 20 ctg. impune o înjumătățire zilnică a dozajului înainte de suprimarea totală) are avantajul că îl face pe bolnav să fie mai reținut în fața imposibilității de a obține drogul, faza de sevraj depășindu-se linear. În cazul situațiilor fizice alarmante, date de întreruperea drogului (stare de colaps cardio-vascular cu bradicardie și hipotensiune) se obține corectarea imediată a sindromului biologic cu o doză terapeutică de morfină (de preferință asociată cu scopolamină).

Sindromul biologic de abstinență morfinică apare la 12—24 ore de la suprimarea drogului și crește în intensitate în următoarele 72 ore, după care se stinge progresiv în decurs de 10—15 zile : excitație psihomotorie și tremurături ; lăcrimație, căscat, strănut, creșterea frecvenței respirației, midriază, epuizare fizică, febră, anorexie, tulburări digestive (vărsături, colice, diaree) ; accelerarea pulsului și creșterea tensiunii arteriale, răcirea tegumentelor și

---

Nalorfina constituie un medicament eroic în cazul comei provocată de intoxicația cu morfină și derivați morfinici, restabilind respirația și tensiunea arterială în cîteva minute după administrarea intravenoasă a 5—10 mg.

Scanned with CamScanner

piloerecție („piele de găină"), frison, crampe musculare și convulsii ; torporare, colaps ; acidoză și leucocitoză.

Sindromul biologic trebuie diferențiat de sindromul psihogen de abstinență caracterizat prin acuzele bolnavului în scopul obținerii drogului, inclusiv psihodramele care pot lua caracter de periculozitate în cazul automutilărilor sau tentativelor de sinucidere.

Tulburările determinate de abstinență se tratează cu neuroleptice asociate cu barbiturice și cloral hidrat, în scopul de a obține o calmare suficientă prin provocarea somnului prelungit timp de 3—4 zile. În unele cazuri se recomandă și terapia electroconvulsivantă 1—2 ședințe pe 24 ore, asociată cu neuroleptice, timp de 2—3 zile. În aceste condiții criza acută de abstinență poate fi depășită mai ușor, în decurs de 12—24 ore. În clinica psihiatrică Iași s-a remarcat o influență favorabilă a produsului ASFA (4 sulfonamidofenoxiacetic). Pentru reechilibrarea biologică se mai folosește în același timp : glucoză + Vit. C.i.v., insulină 5—10 u. de 3 ori în 24 ore i.m., perfuzii i.v. cu soluții electrolitice adiționate cu doze mici de sulfat de magneziu și codeină ; alimentație ușoară cu aport energetic mare și hidratare suficientă. Terapia insulinică progresivă, cu doze mici pînă la șocul umed, constituie o bună metodă de ameliorare a stării generale, care se recomandă a fi aplicată în continuare timp de 30 zile.

În toată perioada dezintoxicării este necesară supravegherea atentă în cadrul unei psihoterapii perseverente și corecte.

Minimum necesar de spitalizare pentru depășirea unei recidive iminente este de cca. 50 zile, însă reechilibrarea psihică necesită 3—6 luni. Recăderile sînt frecvente în primii 3 ani de la întreruperea circuitului eufomanic, cît și polarizarea compensatorie spre alte narcotice (alcool, cocaină, barbiturice neuroleptice etc.).

Alterarea somnului, a poftei de mîncare și pierderea în greutate anunță iminența unei recidive.

Substanțele cu acțiune hipoestezică de tip morfinic pot determina, de asemenea, obișnuința și favorizează drogomania morfinică majoră.

În România contemporană morfomania constituie o raritate excepțională, care mai poate fi întîlnită doar în relație medico-sanitară ilicită. În schimb în S.U.A. sînt înregistrate oficial peste 50.000 cazuri de morfinomanie. Dintre acestea, 10.000 sînt tineri care preferă mai mult heroina („moartea roșie"), atît pentru efectele ei de zece ori mai intense comparativ cu morfina, cît și pentru faptul că este mai ușor de traficat și de administrat (ca pulbere prizată nazal).

Barbiturice și Timoleptice

În societatea contemporană predominată de multitudinea factorilor de solicitare adaptativă la ritmuri tot mai înalte de stimulare

Scanned with CamScanner

psiho-senzorială, tensiunea emoțională și perturbarea somnului afectează un număr ridicat de persoane, indiferent de vîrstă, sex sau profesiune. La aceasta se mai adaugă insuficiența cunoștințelor de igienă mintală și obiceiul tot mai răspîndit de a se apela la „pilula" dătătoare de relaxare și somn la comandă, astfel încît peste jumătate din producția mondială a industriei de medicamente este afectată timolepticelor și somniferelor.

Dezechilibrații cu polivalență eufomanică „găsesc" picătura de „farmec" și prin intermediul supradozajului de timoleptice sau de barbiturice (de preferință ciclobarbital), atunci cînd le lipsește drogul euforizant major. Alcoolicii fixează în plus narcomania barbiturică și din necesitatea blocării tremurăturilor, a insomniilor și coșmarelor. Folosirea îndelungată a barbituricelor și, îndeosebi, a ciclobarbitalului poate condiționa starea de obișnuință și dependență imperioasă. Întreruperea bruscă după un număr de luni a supradozajului barbituric poate provoca fenomene de abstinență biologică severă, caracterizată prin convulsii, stări psihotice și raptusuri suicidare, deoarece celula nervoasă adaptată la impregnarea toxică își pierde abrupt capacitatea funcțională în stadiul acut de dezintoxicare.

Intoxicația cronică barbiturică poate realiza adevărate psihoze polinevritice tip Koraskov : tulburări progresive de atenție, memorie și de ideație (care devine monotonă și vîscoasă + polinevrită) ; labilitate emoțională excesivă, cu reacții explozive coleroase sau depresive, asociabilitate, raptus autolitic. Tulburările psihice se pot acutiza în mod neprevăzut luînd un caracter psihotic major de tipul delirului acut confuzional cu onirism halucinator, predominant vizual. În același timp se constată următoarele fenomene neurologice : nistagmus, diminuarea reflexului foto-motor, disartrie, ataxie ebrioasă, stîngăcie în mișcări și dismetrie, abolirea reflexelor cutanate abdominale, exagerarea clonoidă a reflexelor osteo-tendinoase, polinevrită cu dureri la compresiunea musculaturii gambelor și a emergenței nervilor.

Encefalopatia psihotică toxemică prin barbiturice se însoțește, după constatările noastre, de o deteriorare calitativă a proteinelor nevraxiale, obiectivată prin pozitivitatea de tip encefalitic a reacției termocoloidale *.

Sindromul psihopolinevritic de natură barbiturică este lent reversibil. Ca tratament se impune reducerea progresivă a barbituricelor și înlocuirea lor cu neuroleptice care induc somnul, ca de pildă hemineurina, aport masiv de vitamine din grupul B, perfuzii hidroelectrolitice, stricninizare progresivă moderată (pînă la 10 mg.),

---

* P. Brânzei, Olga Huțu : *Reacția termo-coloidală a proteinelor din l.c.r. ca metodă informativă în unele îmbolnăviri ale S.N.C.*, St. și Cerc. Șt. Acad. R.P.R. Filiala Iași — 1955, nr. 3—4, p. 111-117.

Scanned with CamScanner

doze mici de amfetamine și encefalodeparabiotizante (Piracetam, ASFA). În convalescență, cură prelungită de repaos activ cu evitarea supraîncordărilor ideo-afective și antrenare fizică moderată.

Bromurile și cloralul pot realiza același sindrom psihopolinevritic ca și barbituricele, iar asocierea lor îl agravează prin accentuarea și difuziunea mai întinsă a parabiozei structurilor nevraxiale.

Dependența la neuroleptice exprimă reversul ultimilor cuceriri în domeniul farmaceutic, atunci cînd aminele encefalotrope nu sînt folosite cu suficient discernămînt, îndeosebi de persoanele cu afectivitate labilă, sugestionate de reclama despre eficiența miraculoasă a diverselor timoleptice „tranchilizante, ataractice, anxiolitice etc".

Pînă în prezent este bine stabilit că meprobamatul, glutethimidul, clordiazepoxidul și diazepamul pot determina obișnuința, îndeosebi în cazurile cu diverse defectivități ale personalității.

Onirofilia prin substanțe cu acțiune inițial stimulatoare asupra dinamicii cortexului cerebral

După cum s-a arătat în partea introductivă a capitolului, cocaina, cafeina, amfetaminele și nicotina, deși se caracterizează din punct de vedere farmacologic prin acțiune inițial stimulatoare asupra sistemului nervos central, supradozajul și utilizarea lor îndelungată determină, ca și narcoticele, instalarea inhibiției difuze corticale și perturbarea profundă a ANS cu efecte onirizante ce determină stare de dependență drogomanică.

Cocaina produce inițial, ca și morfina și celelalte narcotice, o excitație corticală cu același tablou clinic al primului stadiu de beție : excitație hipomaniacală și dispariția senzației de oboseală musculară, după care urmează depresia și apatia. Creșterea dozajului duce la influențarea toxică și a etajelor subcorticale : reflexele devin exagerate și apar convulsii tonico-clonice ; vărsături prin stimulare bulbară, respirație rapidă și superficială. Intoxicația acută poate produce moartea prin sincopă respiratorie.

Eufomania cocainică este condiționată, ca și la substanțele inhibitoare ale SNC, de onirismul agreabil pe care îl provoacă. Creșterea toleranței este redusă — deși dependența psihică este mare, iar sindromul biologic de abstinență nu se constată. Ca și în cursul alcoolismului și mai rar a morfinomaniei, cocainomania poate să aibă un caracter „dipsomanic" — (apariția necesității în crize episodice la intervale neregulate în timp).

Dezintoxicarea se face, de obicei, prin „înțărcare" bruscă și tratament simptomatic supravegheat.

Scanned with CamScanner

Cocaina, „zăpada" sau „coca", este drogul preferat în lumea interlopă, pentru efectele sale de exaltare libidinală. Prizarea îndelungată poate duce la perforarea septului nazal prin vasoconstricția ce o provoacă ; iar administrarea hipodermică, la abcese torpide determinate de ischemia locală prelungită și suprainfecții.

Deteriorarea psihică poate ajunge pînă la psihoze acute cu deliruri halucinatorii polisenzoriale și agresivitate, impresia de citire a gîndurilor și fenomene polinevritice. Parestezиile polinevritice sînt interpretate delirant-halucinator ca „gîze sau viermi" ce umblă pe corp și pe sub piele. Delirul halucinator parestezic cocainic este întărit și de tulburări optice caracterizate prin viziunea unor puncte negre pe fond luminos. Tulburările psihice durează cîteva săptămîni și după suprimarea drogului.

Cocainomania are corelații cu morfinomania, începînd din anul 1878, cînd Bentley a avut ideea să trateze pe morfinomani cu cocaină, aceștia însușindu-și însă, în polivalența lor eufomanică, ambele droguri.

Amfetamina. Substanțele activatoare din seria xantinelor (cap de serie cafeina) și îndeosebi a amfetaminelor (cap de serie benzedrina), cît și metilfenidatul (centedrin) sau fenmetrazina, pot provoca, atunci cînd sînt folosite în mod prelungit și îndeosebi la persoanele cu A.N.S. dezechilibrată, stare de obișnuință eufomanică, oboseală fizică, epuizare mintală cu sugestibilitate crescută și iritabilitate explozivă, ce poate evolua pînă la instalarea stărilor psihotice confuzivo-delirante.

Consecințele onirofiliei „psihotonice" s-au verificat îndeosebi în cazul stărilor de dependență provocate prin doparea cu pervitină a aviatorilor germani în timpul celui de al II-lea război mondial, iar în prezent are un areal extins în Japonia.

Dezintoxicarea se face prin suprimarea substanțelor respective și terapie generală tonizantă, asociată cu psihoterapie adecvată. Persistă pentru mult timp o labilitate psihică favorabilă instalării politoxicomaniilor și a raptusului suicidar.

Onirofilia prin droguri halucinogene propriu-zise

Oamenii au cunoscut din toate timpurile și pe toate meridianele efectele extraordinare ale unor substanțe naturale cu efecte halucinatorii ; s-au temut de ele, le-au sanctificat și le-au folosit în scopuri rituale și terapeutice ca în cazul solanaceelor, cunoscute la noi sub denumirile de ciumafae, masalariță și mătrăgună, principalii lor alcaloizi fiind atropina, scapolamina și hioscina.

Populațiile precolumbiene — mexicane și texane — au cunoscut la rîndul lor efectele halucinatorii sinestezice (audiție colorată) provocate de ingestia sucului de Peiotl, provenit din „cactusul zeilor"

Scanned with CamScanner

(Echinocactus Wiliamsi) ce conține alcaloidul *mescalina* *, a ciupercilor geofite halucinogene pe care indienii le denumesc „Teonanacatl“ (carnea lui Dumnezeu) ce conțin alcaloizii *psilocina* și *psilocibina*, alcaloizi la care se mai adaugă *acidul lisergic* LSD conținut în planta

„Mauvais voyage“

agățătoare ololiqui hipomea sidefolia, originară din America Centrală și pe care ei o denumesc „Șarpele verde“.

---

* Cuvintul „mescalina“ derivă din „mescal-button“ denumire pe care o dau triburile de indieni din America de Nord extractului uscat de Peiotl.

Diverși alcaloizi conținuți în sucul proaspăt de Peiotl au fost izolați de L. Levin, în 1888, Kauder în 1891 și A. Heffter în 1894, iar sinteza lor a fost realizată de E. Spath în 1910, ca o grupare de feniletilamine. Se reține că

Scanned with CamScanner

Populațiile indiene foloseau alcaloizii halucinogeni ca un mediator al sacralității în cadrul unor ritualuri de exaltare colectivă cu scop de „purificare spirituală" ce se mai practică și astăzi în anumite areale mexicane greu accesibile, unde confluează o dată pe an pelerinii credincioși spre a celebra cactusul Peiotl (sau marea sărbătoare a „Porumbului prăjit", „izvorul vieții, forței și bogăției". După acest model „psihedelic" primitiv s-au inspirat apoi trupele nomade de „hippies" cu poli-drogodependenții lor și prin intermediul cărora ei aspiră idolatric la „cunoașterea adevărului suprem".

„Experiența psihedelică" (sau „voiajul în țara miracolelor" cum o denumesc idolatrii respectivi), obținută prin diverse droguri halucinogene și pe care J. Delay le denumește „neurodisleptice" (dezorganizatoare ale activității nervoase superioare) este predominată de o trăire ce creează impresia de „extraluciditate" fantasmică extrem de vie, cu permealizarea sinestezică a cîmpurilor corticale perceptive (fenomenul de audiție colorată avînd un caracter major) și mentism imagistic (fugă de idei cu reprezentare caleidoscopică de imagini colorate) comună atît hașișului * cît și mescalinei, psilocibinei și ac. lisergic (LSD).

Deși studiul *psihozelor experimentale* — obținute prin sinteza cercetărilor biochimice, farmacodinamice și neuro-psiho-fiziologice privind substanțele halucinogene — se dezvoltă sistematic începînd cu deceniul trei al acestui secol, ajungînd la maturitate abia în deceniul șase, baza clinică a studiului psihozelor provocate prin droguri halucinogene este fundamentată încă din 1843 prin cartea lui Moreau (de Tours), cu referire la *Du haschisch et de l'alienation mentale*.

---

structura moleculară a mescalinei nu conține nucleu indolic, însă unii autori consideră că indolizarea s-ar produce în cursul diverselor stadii metabolice pe care le străbate în organism.

În studiul farmacodinamiei mescalinei, Robert și Heyman (1937) au folosit cu succes probele Danielopolu, demonstrîndu-se efectul simpatico-mimetic al aminelor mescalinice ca și a celorlalte amine halucinogene în general.

* ...Nimeni nu va fi surprins că un gînd final, suprem, țîșnește din creierul visătorului : *„Eu am devenit Dumnezeu"* ; că un strigăt sălbatic, ardent se avîntă din pieptul său cu o asemenea energie, o asemenea putere de proiecție, încît dacă voințele și credințele unui om beat au o virtute eficace, acest strigăt va răsturna îngerii împrăștiați pe drumurile cerului : Eu sînt Dumnezeu ! Însă imediat acest uragan de orgoliu se transformă într-o temperatură de beatitudine, de calm, mut, liniștit, și universalitatea a tot ce există se prezintă colorată, și ca iluminată de o aurore sulfuroasă. (Apud Ch. Baudelaire : *Des Paradis artificiels*, 1846).

Canabismul *(Cannabis sativa*, sin. : hașiș, marihuana, bhang) Autohton în zona afro-asiatică, s-a extins apoi și în lumea occidentală, „marijuana" fiind preferată îndeosebi de tineretul din America, unde ridică dealtfel discuții controversate dacă este sau nu un drog cu efecte psihoperturbatoare propriu-zise.

Majoritatea clinicienilor subliniază totuși că în cursul consumului de cannabis pot să apară stări halucinatorii oniroide pantofobice care favorizează

Scanned with CamScanner

Într-adevăr, amploarea, vivacitatea, bogăția fantasmelor halucinogene și ale audiției colorate provocate de canabis poate servi ca model pentru toate drogurile psihodisleptice, experiența „psihedelică" prin haşiş avînd în plus avantajul de a fi descrisă cu forța de reprezentare și exprimare a unor „monștri sacri" ca Theophile Gautier sau Charles Baudelaire *.

Iată de pildă un fragment din descrierea lui Theophile Gautier referitor la *Fantasia* provocată de haşiş, publicată în ziarul *La presse* din 18 iulie 1843, sub titlul *Le club des haschichins* **.

...Aproape o jumătate de oră s-a scurs pînă am recăzut în imperiul haşişului. De această dată viziunea a fost mai complicată și mai extraordinară.

Într-o atmosferă confuz luminoasă, zburau într-o forfotă continuă miliarde de fluturi a căror aripi fremătau ca evantaiele. Flori gigantice cu calicii de cristal, nalbe enorme, paturi de aur și argint urcau și se desfăceau în jurul meu cu un pîrîit asemănător unor jerbe de focuri de artificii.

Auzul se dezvoltase extraordinar : auzeam zgomotul culorilor. Sunete verzi, albastre, galbene îmi ajungeau prin unde perfect distincte *(sublinierea noastră).*

Un pahar răsturnat, un scîrțîit al fotoliului, un cuvînt pronunțat încet vibrau și răsunau în mine ca bubuitul tunetului. Propria voce mi se părea atît de puternică încît nu îndrăzneam să vorbesc de teamă să nu răstorn pereții sau să nu explodez ca o bombă...

Peste cinci sute de pendule îmi cîntau ora cu glasuri argintate, de flaute și de alămuri. Fiecare obiect atins scotea o notă de armonică sau de harpă eoliană.

Înotam într-un ocean de sonoritate unde pluteau ca insule de lumină cîteva motive din Lucia *și* Bărbierul...

Sunetele, parfumurile, lumina îmi ajungeau prin nenumărate tuburi subțiri ca firele de păr în care auzeam suflînd curenți magnetici.

După socoteala mea această stare dură în jur de trei sute de ani, deoarece senzațiile se urmau atît de numeroase și de repezi

---

reacțiile agresive într-o asemenea măsură, încît se spune (după Marco Polo) că însuși cuvîntul asasin („Haşişin") ar proveni din numele lui Hasan „Bătrînul munților" și al ucigașilor săi exaltați de efectele marijuanei. Efectele nocive psiho-sociale, generate de haşiş, l-au determinat pe emirul Scheikhouni să legifereze interzicerea consumului acestui drog, în anul 1378, în Djaneima și pe Napoleon, în Egipt, în primul an al secolului XIX.

* După cum orice bolnav mintal delirează cu ce știe și cum simte, tot astfel și în cazul halucinogenelor ingerate experimental, fenomenologia mintală indusă este variabilă în funcție de fiecare personalitate în parte.

** Apud Henri Ey : *Traité des halucinations*, Ed. Masson, vol. I, pp. 533-534.

Scanned with CamScanner

încît aprecierea reală a timpului era imposibilă. Accesul odată trecut, am văzut că el durase un sfert de oră...

Un al treilea acces, ultimul și cel mai bizar, termină seara mea orientală : vederea mi se dedublă. Două imagini ale aceluiași obiect se reflectau pe retina mea producînd o simetrie completă. Insă curînd pasta magică, cu totul digerată, acționînd cu mai multă forță asupra creierului meu, mă făcu complet nebun timp de o oră. Toate poveștile pantagruelice îmi trecură prin fantezie : caprimulges, coquecigrues, oysons bridés, grifoni, coșmare, toată menajeria viselor monstruoase tropăiau, scînteiau, zburătăceau, schelăluiau prin cameră...*

Moda „psihedelică" canabică a fost apoi depășită de uzajul mescalinei pe care au încercat-o în deceniul trei și patru atît artiști autentici cît și aspiranți neputincioși alături de dezechilibrați și oameni de știință, fiecare căutînd să cunoască altceva. A venit apoi moda psilocibinelor și, în sfîrșit, momentul acidului lisergic (LSD).

Alături de aspirația „vizitării paradisului artificial" prin mediația drogurilor halucinogene, lumea europeană a cunoscut în istoria sa ravagiile psihozei epidemice halucinatorii acute cu audiție colorată și gangrena extremităților (boala arzătoare a sfîntului Anton) adeseori mortală, provocată prin intoxicarea cu făină de secară parazitată de ciuperca *claviceps purpurea* (cornul secarei) care conține un complex de alcaloizi (ergotină-ergotamină) al căror nucleu îl constituie acidul lisergic.

Cercetătorii A. Stall și A. Hofmann reușesc să sintetizeze în laboratoarele Sandoz din Bâle, în anul 1938, alcaloizii conținuți în secara cornută, respectiv ergotina și ergotamina cu efecte terapeutice binecunoscute, cît și a dietil-aminei acidului lisergic (LSD 25) cu acțiuni farmacologice încă insuficient precizate. Lucrînd cu LSD 25, Albert Hofmann face, la 16 aprilie 1943, o intoxicație accidentală ce i-a provocat amețeli și o agitație stranie, urmată de delir cu o suită neîntreruptă de imagini fantastice de o intensitate extraordinară, care a durat două ore și pe care le descrie în felul următor :

după cîteva clipe apare senzație de amețeală, tulburări vizuale și o dorință intensă de a rîde. Vedea figurile oamenilor deformate, simțea corpul ca și cum ar fi fost umplut cu metal, avea impresia că ar fi dedublat, ca și cum ar fi fost pe „jumătate nebun". De asemenea a trăit fenomene sinestezice (senzațiile sale acustice se transformau în senzații vizuale) și a avut halucinații colorate caleidoscopice.

---

* Este vorba de ingestia pastei de haşiş (*„dawamasc"*), după moda importată de francezii lui Napoleon din Egipt, „o porție de miracol" fiind cam cît o nucă, înlocuită în prezent prin fumarea frenetică a „marihuanei" cu sau fără ingestie de LSD (moda „hippie").

Scanned with CamScanner

Și... așa cum spunea, în 1973, venerabilul psihiatru Henri Ey, „de aici începe destinul faimosului „acid" halucinogen care va tulbura atîtea spirite în unele medii occidentale... deschizînd oamenilor poarta paradisului artificial „psihedelic" pînă în momentul cînd el le va deschide, poate, porțile de infern a războiului chimic". *

Tot lui Alfred Hofmann și colaboratorilor săi din laboratoarele Sandoz le revine meritul de a fi extras, în 1958, principiul activ psilocibina și psilocina din ciuperca „Psilociba mexicana Heim" ** iar în 1959 reușește sinteza psilocibinei ca un derivat defosforilat al derivaților de hidroxitriptamină. Se demonstrează astfel că psilocibina și psilocina (sintetizată în 1962 de D. H. Woolley și col.) fac parte din grupul aminelor indolice cu acțiune psihotropă derivate din triptofan, ca și bufotenina, triptamina, harmina și reserpina. (În cazul mescalinei funcția indolică nu este demonstrată in vitro însă nu se exclude ca proces metabolic prin interferarea enzimatică a metabolismului adrenalinic).

În prezent este bine stabilit că în metabolismul catecholaminic apare un produs indolic, respectiv adrenocromul (ce rezultă prin oxidarea adrenalinei) incriminat de o serie de autori (în frunte cu școala italiană) în fiziopatologia schizofreniei. Totodată, serotonina (cu puternică acțiune inhibitorie sinaptică — de 25 ori mai mare decît a adrenalinei) are o structură moleculară indolică (5 hidroxitriptamina) apropiată de formula și efectele indolice cuprinse în drogurile halucinogene, majoritatea cercetătorilor apreciind că excesul de serotonină ar constitui un factor patogen de incriminat în biochimia psihozelor endogene. În același timp s-a stabilit că atît serotonina cît și aminele halucinogene se află în raport antagonic cu reserpina și fenotiazinele (respectiv întreaga serie a neurolepticelor), care anulează efectul clinic al aminelor halucinogene.

Cafeinismul și tabagismul constituie o drogodependență?

O discuție controversată se poartă cu privire la subiectul în ce măsură diversele obișnuințe de consum al unor alcaloizi „stimula-

---

* Apud H. Ey: *Traité des hallucinations*. Ed. Masson, 1973, vol. I. p. 545.

** R. Heim et Gordon Wasson: *Les champignons hallucinogènes au Mexic*. Ed. Museum National d'Histoire Naturelle, Paris, 1958.

Atracția drogofililor către LSD pare a fi amplificată în plus și de faima sa „afrodisiacă", manifestată în contextul unei „acuități senzoriale de necrezut", după cum susține „marele preot" Timoty Leary: ...Fundamental, LSD eliberează o enormă cantitate de energie din toate fibrele corpului și îndeosebi energie sexuală. Este indiscutabil că este cel mai puternic afrodisiac pe care oamenii l-au descoperit vreodată... Dacă iubiți sub efectul LSD, aceasta ar fi ca și cum fiecare celulă din corpul vostru (și ele sînt miliarde) ar face amor cu fiecare dintre cele ale partenerei voastre. Mîinile voastre nu mîngîie pielea sa, ele se scufundă și se contopesc cu ancestralele surse de extaz care dorm în ele... (Play boy, septembrie, 1966).

Scanned with CamScanner

tori" conținuți în ceaiul, cafeaua și tutunul de toate zilele ar constitui o drogodependență.

În ce măsură este posibil ! ?

(Apud *Santé du monde)*

În sensul larg al definirii dependenței (adicției) ca o stare psihică de „aservire" (état de dépendance, state of dependence, estado de dependencia Abhängigheitsverhänis) și a efectelor nocive asupra stării fizice pe care le poate produce consumul intempestiv de băuturi cafeinate și de tutun, apropierea lor de grupul drogodependențelor poate fi considerată ca justificată. În același timp, întrucît băuturile cafeinate și tutunul nu provoacă o strîmtorare a conștiinței cu instalarea onirismului caracteristic, încadrarea lor în grupa drogodependențelor propriu-zise apare ca nepotrivită.

Ilustrînd controversa, al șaptelea seminar OMS pentru standardizarea diagnosticului, clasificării și statisticii în psihiatrie a recomandat crearea unei rubrici pentru „dependența la tutun" ; la rîndul său, al optulea seminar OMS a concluzionat că „întrucît tutunul diferă de drogurile enumerate la rubrica 304 prin slaba sa psihotoxicitate, nu este de dorit să fie inclus în rubrica farmacodependenței" și a propus crearea unei rubrici noi în clasificarea suplimentară (319/Y) cu referire la *uzajul impropriu de substanțe cu acțiune asupra sistemului nervos central.*

Scanned with CamScanner

În sfîrșit, a IX-a revizie CIB a inclus totuși tutunul la codul 305 *abuz de droguri la o persoană nedependentă* sub următoarea formulare : *în cazul cînd tutunul folosit este în detrimentul unei persoane sau a comportamentului său social, sau în care există dependență față de tutun.*

Criterii privind asistența medico-socială a drogomanilor

Bețiile acute și intoxicațiile cronice cu diverse substanțe dezorganizatoare ale activității psihice, contribuie în mod substanțial la generarea delincvenței. Datorită perturbărilor de conștiință pe care le provoacă, toate popoarele au recurs din cele mai vechi timpuri la stabilirea unor măsuri legislative în vederea înfrînării uzanței acestora. În acest spirit juridic universal, codul penal român precizează următoarele criterii fundamentale :

> *Nu constituie infracțiune fapta prevăzută de legea penală dacă făptuitorul în momentul săvîrșirii faptei, se găsea, datorită unor împrejurări independente de voința sa, în stare de beție completă produsă de alcool sau de alte substanțe.*
>
> *Starea de beție voluntară completă produsă de alcool sau de alte substanțe nu înlătură caracterul penal al faptei. Ea poate constitui, după caz, o circumstanță atenuantă sau agravantă (art. 49).*

Legislația nu precizează ce se înțelege prin „beție completă" și nu se referă la diverse forme de beție patologică, pe care noi le reunim sub denumirea generică de „alcoolomanii". Rezultă deci că asupra acestor aspecte particulare pot fi consultate în mod necesar comisiile de expertiză medico-legală psihiatrică.

Beția premeditată în scopul săvîrșirii unui delict constituie o circumstanță agravantă. În aceeași categorie este încadrat și omorul săvîrșit fără voie de conducătorii de autovehicule în stare de ebrietate alcoolică.

Drogofiliile cu tulburări de caracter, însă fără alterarea manifestă a funcțiilor de cunoaștere, nu constituie un factor de iresponsabilitate judiciară. Este de reținut totuși că drogofilicii și îndeosebi alcoolicii, pot beneficia de o terapeutică eficientă la care sînt obligați să apeleze.

În cazul cînd și după tratament drogofilicii se dedau la acțiuni delictuale, se deduce că starea lor este expresia unui viciu ireductibil și, în conformitate cu spiritul constructiv și educativ al normativității sociale, ar urma să fie îndrumați în unități cu activitate supravegheată pînă la reabilitarea lor, și nu în unități de asistență psihiatrică.

O atenție deosebită trebuie acordată în justiție mărturiilor depuse de drogofili, datorită tulburărilor de caracter, a sugestibilității

Scanned with CamScanner

crescute și mitomaniei ce o prezintă de obicei. De asemenea, trebuie reținut și faptul că în cazul cînd persoanele normale, în scopul de a obține un folos exploatează pasiunile, slăbiciunile sau viciile drogofilicilor (cît și a bolnavilor mintali în general) și le determină să săvîrșească acte cu efect dăunător, sînt pasibile de pedepse penale.

Drogomaniile sînt incompatibile cu munca de precizie, care cointeresează procese complexe de activitate, răspundere socială sau economică.

După dezintoxicare și reechilibrare psihică, ei necesită orientarea într-o activitate supravegheată de colectiv, pînă la completa redresare.

Psihoprofilaxia onirofiliilor se află în strînsă dependență cu nivelul economic și cultural al unei anumite societăți.

Pe planul condiției umane, care implică o determinare liber conștientă față de lume și viață, ecologo-epidemiologia onirofiliei și drogomaniilor demonstrează rolul indubitabil al factorilor sociopolitici în procesualitatea lor, cît și pericolul manifest pe care ele îl prezintă pentru evoluția culturii și civilizației contemporane. Este vorba, în primul rînd, de perspectivele acelui tineret dezorientat sub avalanșa informațională a unei mass-media rapace care cultivă cu predilecție pornirile obscure instinctiv-emoționale prin stimularea claviaturii libidinale neînfrînate, cît și de condițiile care lizează membrana etică a individului devenit anonim ca o picătură de apă în oceanul de indiferență a celor ce îl înconjoară.

Criteriul general de psihoprofilaxie primară îl constituie educația complexă și totodată logic diferențiată, privind riscurile pe care le comportă uzanța drogurilor și cu precădere consumul nerațional de băuturi alcoolice, concomitent cu măsuri efective de profilaxie secundară și terțiară pentru fiecare situație dată :

— ajutorarea alcoolofilicilor prin acțiuni psihoterapice și educative atent susținute la locul de muncă și în mediul familial, prin serviciile de sănătate mintală ;

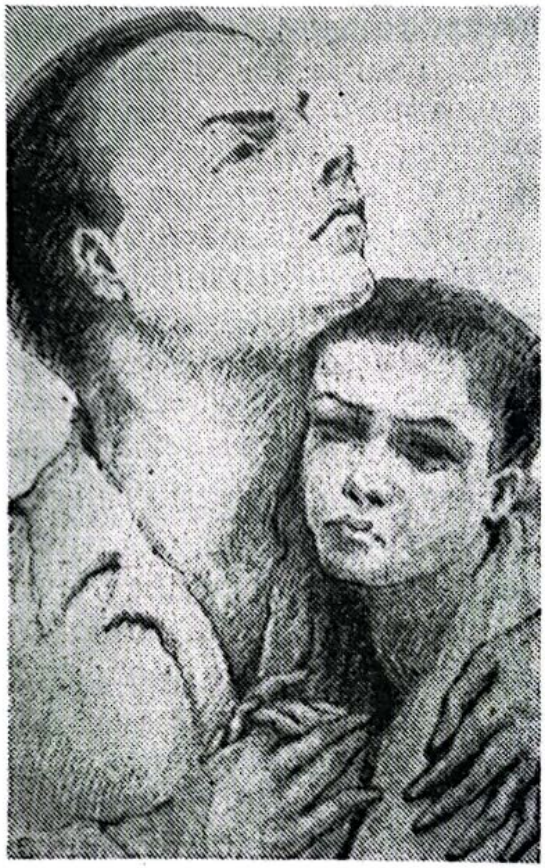
— instituirea tratamentului reflex-condiționat repulsiv sau protectiv la alcool, în raport cu situația clinică ; tratament ambulator la nivelul circumscripțiilor sanitare, în cabinetele de pe lîngă policlinici sau cură spitalicească, acțiunea terapeutică presupunînd, indiferent de eșalonul unde se aplică, însușirea unui concept tridimensional bio-psiho-social vizînd tratarea și integrarea handicapaților respectivi.

Acțiunile de psihoprofilaxie a stărilor onirofilice presupun a fi coordonate în cadrul programului național de apărare și promovare a sănătății mintale a populației, care cointeresează în același timp — deși din unghiuri diferite — totalitatea instituțiilor și organismelor comunitare angajate în asanarea cauzelor nocive ce afectează personalitatea umană.

Scanned with CamScanner

Epilepsia, boală sau simptom

Epilepsia se caracterizează prin accese paroxistice de suprimare bruscă și de scurtă durată a conștiinței, însoțite sau nu de căderi și convulsii, provocate prin descărcarea explozivă a influxurilor neuronilor cerebrali afectați de un sincronism excesiv **, *cît și prin eventuale tulburări psihice interparoxistice de o amplă variabilitate.*



Stare secundă : Anxietate și Extaz

Exceptînd *simptomul epileptiform* provocat prin leziuni de focar sau excitații cerebrale neobișnuite, *epilepsia poate fi considerată ca o boală psihosomatică de natură encefalodistrofică* cu etiopatogenia și fiziopatologia suficient de bine precizate spre a mai fi denumită *idiopatică, esențială, genuină sau criptogenetică.*

Datorită dramatismului descărcării convulsive care îl surprinde pe suferind în aparentă stare de sănătate, precum și din necunoștința cauzelor provocatoare, epilepsia a fost atribuită în trecut unor influențe supranaturale, anticii denumind-o fie „boală sfîntă", fie „boală neagră". În același sens romanii o mai denumeau, pe lîngă mal caduc sau morbus herculaeus, și „morbus

---

* După cum s-a precizat deja în enunțul clasificării nosologice, noțiunea de psihosindrom endo-exogen presupune o corelație manifestă între o cauză exogenă determinantă și un teren constituțional predispozant.

** Potențialul bioelectric de acțiune a unui neuron se propagă în condiții fiziologice din pas în pas la n ivelul membranei acestuia, energia care

Scanned with CamScanner

comitialis", deoarece dacă un participant la o consfătuire publică era cuprins de criza epileptică, adunarea se suspenda ca fiind un semn de rău augur.

Termenul de epilepsie „epilambanein" (a apuca, a surprinde) a fost introdus în limbajul medical de Ambroise Parè, în 1510, fără a reuşi însă să aducă mai multă claritate în conţinutul ocult al noţiunii, ce s-a menţinut ca atare pînă în epoca modernă.

Studiile empirice asupra epilepsiei încep cu teza de doctorat a lui Gagarin-Bravais care descrie, în 1827, crizele convulsive localizate la un anumit segment corporal, ce se produc iniţial în prezenţa conştiinţei, provocate de leziuni existente în hemisferul cerebral de partea opusă.

În perioada 1850—1860, Huglings Jakson demonstrează posibilitatea producerii convulsiilor localizate şi a extinderii acestora ca rezultat al difuzării excitaţiei corticale „în pată de ulei", pînă la generalizarea lor şi stingerea conştiinţei. De asemenea, Jackson şi colaboratorul său John Kennedy au descris criza senzorială olfactivo-gustativă cu localizare uncinată, însoţită de „dreamy state" (stare de vis), omologată apoi ca echivalenţă epileptică temporală *.

Este epoca marilor exploratori a localizărilor cerebrale. reprezentaţi între alţii de Brown-Sequard, Fritz, Hitzig, Ferrè, Pavlov, prin intermediul cărora se stabileşte că, în anumite condiţii de excitare cerebrală, se produce simptomul paroxistic convulsiv focalizat sau generalizat.

Concomitent cu edificarea asupra particularităţii convulsivante pe care o manifestă creierul, se abordează etiopatogenia epilepsiei genuine (esenţiale), incriminînd-se contradictoriu leziuni cicatriciale meningo-encefalice, tulburări de circulaţie sau procese toxice. În acest moment al confruntărilor de opinii, Sérieux şi Marinescu publică, în 1895, o monografie (premiată de Academia de medicină din Bruxelles), unde se susţine, pentru prima oară, o teorie „abiotrofică" în etiopatogenia epilepsiei esenţiale. După cum rezultă apoi şi din celebrul studiu „La cellule nerveuse", pentru Marinescu noţiunea despre abiotrofie se referă explicit la unele modificări morfologice şi în mod caracteristic la existenţa unui dezechilibru fizico-

---

ia naştere transmiţîndu-se totodată în mod obligatoriu numai prin cilindraxoni.

În condiţiile care generează paroxismul epileptic, excitaţia se transmite „sincron", adică de o manieră explozivă pe toată suprafaţa membranei, difuzînd în acelaşi timp prin contiguitate de la un neuron la altul, situaţie care duce la constituirea focarului epileptogen şi a generalizării acestuia prin fenomenul de recrutare în „pată de ulei".

* În cinstea lui Jackson, Charcot denumeşte, în 1860, manifestările convulsive localizate care se produc în prezenţa conştiinţei „epilepsie jacksoniană", nominalizată ulterior „criză bravais-jacksoniană" pentru respectarea priorităţii istorice.

Scanned with CamScanner

chimic eredo-constituțional al protoplasmei neuronilor cerebrali care permite descărcarea lor exploziv-epileptogenă la stimulări banale.

Cu toate progresele obținute pînă în deceniul al treilea, studiul epilepsiei suferea totuși în mod acut prin lipsa unui model experimental și a unei tehnologii apropiate. Această situație s-a rezolvat pe deplin în urma introducerii electroencefalografiei în clinică de către Hans Berger, în 1943, și a electroșocului în terapeutică de către Cerletti și Bini, în 1939. Urmează studii epileptologice de o amploare deosebită care confirmă indirect, prin diverse referiri fiziopatologice, punctul de vedere susținut inițial de Sérieux și Marinescu, între care se remarcă și cercetările originale amplu dezvoltate de A. Kreindler și colaboratorii săi *, cercetările și studiile respective conducînd la ameliorarea depistării și tratamentului eficient.

În lumina cunoștințelor actuale, prima întrebare față de o acuză epileptică se referă la clarificarea naturii acesteia.

Sindroamele epileptiforme (epilepsia simptomatică)

Noțiunea de „sindrom epileptiform" se referă din punct de vedere etiopatologic la acele paroxisme de suspendare episodică a conștiinței (însoțite sau nu de cădere și convulsii), cît și la diversele tulburări neuro-psihice interparoxistice, provocate prin leziuni cerebrale (inflamatorii, cicatriciale, vasculare, compresive sau distructive), sau prin consens viscero-umoral, ca de pildă în cazul unor leziuni pleurale, a unor nevroame sau parazitoze intestinale, a insuficienței renale sau cardiovasculare; a hipoparatiroidismului sau adenomului pancreatic; a intoxicațiilor și infecțiilor acute sau cronice, a convulsiilor febrile infantile etc.

Boala epileptică

*Spre deosebire de sindromul epileptiform, boala epileptică presupune o encefalodistrofie constituțională ** care permite apariția paroxismelor de suspendare a conștiinței în afara unor cauze manifeste determinante, cît și existența unor eventuale tulburări mintale interparoxistice.*

Encefalodistrofia constituțională, pe care o presupune boala epileptică, include în același timp și posibilitatea favorizantă a proceselor exogene abiotrofizante, îndeosebi în cursul dezvoltării infantile.

Întrucît elementul clinic relevator al epilepsiei îl constituie — în primul rînd — paroxismul accesual, apare necesitatea unei des-

---

* A. Kreindler: *Epilepsia*, Ed. Acad. R.P.R., 1955.

** Encefalodistrofia, indiferent de natura ei, implică în esență o tulburare a nutriției tisulare în contextul noțiunii clasice despre troficiante: metabolism aerob + anaerob cu transfer energetic în prezența unor enzime specifice.

Scanned with CamScanner

crieri mai exacte, deoarece atunci cînd paroxismul este ignorat sau incorect interpretat, conduce la întîrzierea unei terapii eficiente.

Criza paroxistică majoră

Accesul convulsiv se poate manifesta *gradual* sau *fulgerător.* În ambele situații paroxismul convulsiv poate fi uneori precedat de o stare prodromală — cu o durată variabilă de zile, ore sau minute — caracterizată prin indispoziție, irascibilitate și neliniște, cefalee, greață, amețeli, somnolență, sau foarte rar stare de beatitudine. Identificarea stării prodromale are o semnificație deosebită pentru intensificarea măsurilor terapeutice în vederea preîntîmpinării paroxismului.

Paroxismul convulsiv gradual debutează cu fenomene de „aura" (cu o durată apreciabilă în secunde) urmată de suprimarea conștiinței, cădere și convulsii generalizate.

Fenomenele de aura care preced suspendarea conștiinței constituie un *simptom-semnal* ce avertizează bolnavul de iminența implacabilă a paroxismului caduc, însă a cărui latență este de obicei atît de scurtă, încît nu-i permite uneori nici să-și aleagă locul pe care va cădea * :

— *aura motorie :* convulsii localizate la un anumit segment corporal, care se generalizează apoi, concomitent cu suprimarea conștiinței ;

— *aura vegetativă :* constricție laringiană, spasm gastric, salivație și masticație, valuri de căldură și frig, algii, orgasm etc. ;

— *aura senzorială :* auditivă (zgomote, sunete, voci) ; vizuală, de la fosfene pînă la imagini caleidoscopice (flăcări, explozii „matahale negre"), oameni sau animale fantastice ca în „viziunile" goyești ; olfactivogustative cu impresie dezagreabilă, sau fenomene oniroide de „deja văzut" și „niciodată văzut" ;

— *aura psihică* comportă de obicei fenomene obsedante, mentism sau „endofasie" (își aude propria gîndire).

Toate modalitățile de aura se însoțesc de fapt de o trăire stranie de neliniște sau beatitudine, alternanță disforică ce l-a determinat pe Dostoevski să vorbească despre *abisul de sus și de jos,* alternanță ce poate ajunge pînă la o impresionantă oscilație între anxietate și extaz :

Bat clopotele, bat clopotele de aramă, biserica albă e goală, iar Crist zîmbește ;

Bat clopotele, bat clopotele mici și crește tăcerea-n altarul de teamă.

---

* Aceeași modalitate de aura în precederea paroxismului constituie o indicație asupra zonei cerebrale unde generează focarul de excitație stagnantă epileptogenă.

Scanned with CamScanner

— Doamne, păzitorul turmelor,
Doamne, sfetnicul urmelor, adună-ți bătrînețea, caută-ți tinerețea, peste frunze-ngălbenite, peste frunze ruginite ;
Lupii urlă de trei toamne,
S-aud iarăși clopote, Doamne,
Privirea mi-e aspră și cruntă...
Doamne, Doamne, de trei toamne la biserica albă e nuntă *

Paroxismul major (indiferent de particularitatea sa graduală sau fulgerătoare) se însoțește obligator de cădere și convulsii.

Datorită bruscheței momentului paroxistic de suprimare a conștiinței, însoțită de cădere și convulsii, bolnavul comițial poate să-și pericliteze viața **, după cum mult mai frecvent își poate provoca contuzii, îndeosebi pe zona proeminențelor faciale și în mod caracteristic mușcătura limbii provocată de contractura mușchilor maseteri.

Faza convulsivă debutează cu o contractură tonică generalizată a musculaturii scheletice ce durează cca. 30 secunde, ca expresie a unui „tetanos fiziologic complet" condiționat de frecvența ridicată a impulselor sincronizate din zona motorie a scoarței cerebrale.

Pe fondul contracturii tonice se detașează apoi convulsiile clonice care devin tot mai ample și mai distanțate pînă la secuse izolate, durata fazei clonice fiind de asemenea de cca. 20—30 secunde. Convulsiile clonice debutează în musculatura feței și a mîinilor cu cea mai fină inervare, spre a se generaliza apoi foarte repede în întreaga musculatură scheletică.

Datorită apneei în care se află bolnavul, în timpul fazei convulsive se produce în mod caracteristic cianoza buzelor și apoi a feței, iar conjunctiva oculară se injectează consecutiv stazei în circulația venoasă cefalică. Sfîrșitul fazei convulsive este marcat de un prim inspir, care anunță începutul fazei de stertor comatos.

Faza de stertor (respirație amplă, cu raluri umede datorită hipersecuției bronhice și a hipersalivației), constituie o stare comatoasă post-accesuală, care durează cîteva minute și este de obicei mai scurtă la bolnavii care au în antecedente crize mai frecvente. În timpul stertorului, bolnavul pierde uneori urina și în mod excepțional materiile fecale.

---

* „Înainte de a începe să scriu aceste versuri — consemnează autorul — am avut puternica senzație auditivă a sunetului de clopot. Mi se părea că aud aevea sunetul unui clopot mare și cu puternică rezonanță, apoi acesta treptat era secundat de alte sunete mai subțiri. Această trăire a culminat printr-un delir rebel, asemeni unei simfonii cîntate de mai multe clopote, de felurite rezonanțe. M-am apucat să scriu automat, cu o înfrigurare de nedescris și apoi a urmat prăbușirea și leșinul". O. M.

** Observațiile pe un număr mare de bolnavi afectați de crize grand mal relevă că momentul caduc nu se produce atunci cînd se execută acțiuni care comportă o vigilitate deosebită pentru un timp limitat, ci de regulă în starea de relaxare care succede o tensiune emoțională, sau eventual în cursul unor stări deosebite de afect.

Scanned with CamScanner

În faza de stertor există posibilitatea de a se cerceta starea reflexelor absolute, modificarea acestora avînd o importanță deosebită pentru obiectivarea crizei.

După cercetările noastre — care nu concordă întru totul cu datele clasice — se pot constata următoarele modificări obiective ale reflexelor în primele 5 minute de la primul inspir :

— *pupilele* prezintă basculări fazice, ca toate reacțiile vegetative în cursul furtunii paroxistice ;

— *clonusul piciorului* apare la 50% din cazuri în primele două minute de la primul inspir ;

— *reflexul cutanat plantar* (semnul Babinski) apare de regulă din minutul 1 pînă în minutul 5 de la primul inspir, într-o proporție ce nu depășește 20% din cazuri ;

— *reflexele cutanate abdominale* (care ontologic corespund cu momentul apariției reflexelor psihice de orientare în mediu) au fost găsite abolite 100% în primul minut după reintegrarea respirației ; în minutul 2 la 98% ; în minutul 3 la 90% ; în minutul 4 la 75% ; în minutul 5 la 60% *.

Se poate conclude deci că reflexul abdominal este singurul care poate fi investigat cu folos pentru confirmarea unui paroxism epileptic (grand mal sau petit mal).

Faza de stertor este urmată de o trezire imediată sau după o fază de somn fiziologic, atunci cînd paroxismul se produce în condițiile unui confort corespunzător. La trezire bolnavul nu-și amintește nimic din timpul episodului critic — posibilitatea sa perceptivă fiind fiziologic suprimată (amnezie lacunară), iar în unele cazuri persistă o perioadă confuzională (stare crepusculară sau secundă) care se poate prelungi, excepțional, pînă la un număr de ore sau zile.

Datele electroencefalografice indică în criza convulsivă majoră din boala epileptică — spre deosebire de epilepsia focală — descărcări difuze de vîrfuri ritmice ascuțite și sincrone *în ambele emisfere*, cu o amplitudine de 200—500 microvolți și o frecvență variabilă de 20—30 cicli pe secundă *(față de 8—13 c/s și o amplitudine de 50—100 microvolți în condiții normale)*. Spre sfîrșitul fazei clonice amplitudinea vîrfurilor crește, iar frecvența lor scade pînă la 2 c/s, separate prin spații de tăcere electrică **.

Starea de rău epileptic (status grand mal și status petit mal)

Noțiunea de „rău epileptic" se referă la succesiunea subintrantă a paroxismelor, astfel încît bolnavul poate să ajungă la o stare

---

* P. Brânzei, M. Șelaru : *Date asupra reintegrării reflexelor după criza convulsivă.* Neurol. Psih. Neurochir., București, 1965, V. 10, nr. 2, pp. 119-122.

** Intercritic se consemnează deobicei (deoarece traseul poate fi și normal) descărcări de vîrfuri sau complexe de vîrfuri — undă degradate cu o frecvență variabilă.

Scanned with CamScanner

alarmantă de inconștiență prelungită cu tulburări diencefalice (hipertermie, hiperazotemie, dereglare electrolitică).

Starea de rău comițial constituie o urgență medicală, exitusul putîndu-se produce prin edem pulmonar acut, edem cerebral sau hemoragii cerebrale.

Criza paroxistică minoră

Spre deosebire de „criza majoră", în cazul paroxismului de tip „petit mal" suprimarea conștiinței nu este urmată de cădere și convulsii, fapt ce creează impresia unei gravități mai reduse. În realitate absențele pot coexista cu tulburări psihice interparoxistice permanente, automatismele și echivalențele psihomotorii, contribuind în plus la accentuarea implicațiilor negative în comportamentul acestor bolnavi.

Din punct de vedere elecroencefalografic, se constată o sincronizare ritmică generalizată de vîrfuri undă supravoltate (150—500 microvolți) pe întreaga scoarță, cu o frecvență caracteristică de 3 cicli pe sceundă, fie izolat, fie în salve de complexe vîrfuri — undă degradate. În echivalența epileptică predomină de asemenea undele lente de mare amplitudine (200—500 microvolți) și frecvența de 3—4 c/s. *

Crizele paroxistice minore se diferențiază ca absențe, echivalențe și stări crepusculare.

Absențele se manifestă clinic prin suprimarea bruscă a conștiinței, de scurtă durată (1—15 secunde), fără cădere sau convulsii :

— bolnavul devine palid, privirea fixă, inexpresivă, respirația se oprește, buzele se cianozează, gura se umple cu salivă, uneori pierde urina și în mod excepțional materiile fecale (encoprezis).

Ca particularități ale absențelor se descriu următoarele aspecte mai deosebite :

— *mioclonia bilaterală* (sincinezia — tresărirea — Alajouanine și spasmul inflexiune), secusă bruscă a membrelor superioare și uneori a capului și membrelor inferioare cît și hipsaritmia se întîlnește frecvent la copilul mic. Diagnosticul se precizează prin e.e.g.

— *paraxosimul atonic* (atacul static — Ramsay Hunt) constituie o stare *cataplexică* caracterizată prin suspendarea bruscă a tonusului muscular al gambelor, cu cădere în genunchi și imediată redresare ; același fenomen se poate manifesta ca un simptom *cataleptic* (atitudine de statuie). În aceste situații paroxistice de modificare a tonusului muscular și a reflexelor de postură — și mai puțin a nivelului de conștiință — e.e.g. apare nemodificată, ca și în cazul *narcolepsiei* (adormire intempestivă, de 1—3 minute, indiferent de locul

---

* În boala epileptică există adeseori o intricare a stărilor critice de tip petit și grand mal, cît și a diverselor anomalii intercritice EEG, cel mai constant și caracteristic aspect constituindu-l totuși traseul hipervoltat de 3 c/s și complexe vîrfuri — undă degradate.

Scanned with CamScanner

unde se află bolnavul), situație care deplasează aceste manifestări paroxistice din cîmpul cert al epilepsiei ;

— *picnolepsia (picnos* = frecvent) constă în numeroase absențe, care se repetă, grupate în stoluri, pînă la 50—100 pe zi. Picnolepsia se întîlnește de regulă în patologia infantilă, nu se însoțește de alterare mintală și uneori se remite spontan, după 6—12 luni de la apariția bolii ;

— *echivalențele (automatismale psihomotorii — criza temporală)* constau în efectuarea inconștientă „automatică" a unor acte sau acțiuni mai mult sau mai puțin complexe, urmate de amnezie, ele apărînd ca un „echivalent psihomotor" al paroxismului epileptic *.

Atunci cînd echivalențele se desfășoară pe un interval de timp mai îndelungat, comportă dubii în ceea ce privește certitudinea diagnosticului, dacă antecedentele și e.e.g. nu sînt caracteristice bolii epileptice.

În categoria echivalențelor se cuprind, în primul rînd, actele automatice neintenționale de scurtă durată, antecedentele relevînd adeseori paroxisme majore sau minore.

Acțiunile complexe, care se desfășoară pe o perioadă îndelungată de timp, necesită a fi suspicionate de un „refugiu intențional în boală", chiar dacă persoana respectivă suferă de epilepsie.

În categoria automatismelor psihomotorii se încorporează și unele fenomene de somnambulism nocturn sau de enurezis la copii și adolescenți, considerate ca stări psihogenetice pînă la explorarea electroencefalografică. De asemenea, considerăm că în categoria automatismelor comițiale se încadrează și actele motorii *amnestice* elementare care, spre deosebire de aura motorie jacksoniană, nu constituie un simptom-semnal prezent în conștiința bolnavului.

— *Stările crepusculare (secunde)* apar de regulă după un paroxism epileptic și se remit în decurs de cîteva ore sau zile, persistînd o amnezie lacunară. Clinic predomină starea confuziv-onirică, agitația și tematica delirantă mistică sau de prejudiciu, în cadrul căreia, plecînd de la o motivare cu un conținut real sau total nejustificat, pot să apară reacții de periculozitate extremă (acte de violență de o cruzime excesivă, crime cu aplicare de lovituri multiple, cu ritualuri mistice sau exterminare în masă, incendieri sau reacții onirice terifiante cu automutilări și sinucideri).

În cursul stării crepusculare se poate remarca o variabilitate a nivelului de conștiință (ceea ce ar sugera o succesiune de echivalențe psihomotorii), explicîndu-se astfel posibilitatea păstrării unui

---

* Intoxicația alcoolică constituie un factor favorizant al automatismelor psihomotorii, criza de beție patologică constituind un exemplu caracteristic în acest sens (C. Csiky).

Scanned with CamScanner

comportament satisfăcător în efectuarea unor acțiuni complexe pe o perioadă mai îndelungată de timp.

În categoria stărilor crepusculare se încorporează și unele aspecte particulare ale psihozelor amnestice cu debut brusc și evoluție foarte scurtă (ore sau zile), a căror etiologie poate fi eventual clarificată electroencefalografic *

Formele clinice în boala epileptică comportă o amplă variabilitate a tulburărilor psihice interparoxistice, care nu pot fi corelate cu frecvența, intensitatea sau vîrsta de apariție a manifestărilor critice.

— *Epilepsia simplă.* În această formă clinică a bolii epileptice, între paroxismele de suprimare episodică a conștiinței nu se constată abateri de la normalitate în ceea ce privește afectivitatea, cunoașterea și comportamentul, persoanele respective putînd să aibă o activitate creatoare remarcabilă.

— *În cazul modificărilor psihice de limită, cuprinse și sub denumirea de „caracter epileptic"*, se remarcă tendința la detaliere și perseverență ideatorie, oscilații afective disforice, suspiciozitate și eventual exaltarea sentimentului religios. În cazul cînd tulburările de comportament și nucleul de malignitate sînt manifeste, ca expresie secundară a bolii epileptice, nu mai este vorba de un *caracter epileptic* sau de *epilepsie cu modificări psihice*, ci de o reală *epilepsie psihopatiformă.*

— *Epilepsia psihopatiformă* se obiectivează prin tulburări permanente de comportament cu păstrarea discernămîntului asupra interrelațiilor sociale însă cu insuficientă capacitate de frînare asupra pornirilor instictiv-emoționale, boala epileptică fiind totodată confirmată prin paroxismele caracteristice și modificările e.e.g.

Adeseori, caracteriopatia se întrețese și cu deficite ale proceselor de cunoaștere, realizînd astfel aspecte tipice de înapoiere mintală globală, situație care duce la creșterea potențialului de periculozitate al acestor handicapați, îndeosebi cînd se află în situația de abandon medico-social.

— *Psihoza epileptică* comportă fundamental, ca orice psihoză, tulburări manifeste ale discernămîntului asupra propriei persoane și al interrelațiilor sociale, situație care impune supravegherea cores-

---

* Studiile electroencefalografice indică, în general, în echivalențele psihomotorii și în stările crepusculare, aspecte bioelectrice asemănătoare paroxismelor majore graduale. Este necesar să reținem totuși că există și posibilități ca electroencefalograma să aibă un aspect normal în unele cazuri de epilepsie, chiar după diverse proceduri de activare, dacă nu se înscriu și potențialele subcorticale.

** P. Brânzei, Gh. Scripcaru, T. Pirozynski : *Comportamentul aberant în relație cu mediul*, Ed. Junimea, 1970.

Scanned with CamScanner

punzătoare a comportamentului bolnavului respectiv, pe toată durata manifestării psihozei.

Ca trăsături caracteristice psihozei epileptice, se constată accentuarea bradipsihiei și vîscozității ideatorii, a iritabilității explozive și malignității răzbunătoare, cît și a exaltării sentimentului religios, concomitent cu existența unui deficit mai mult sau mai puțin accentuat al funcțiilor de cunoaștere (tulburări de grade diferite ale percepției, reprezentării, atenției, memoriei și raționamentului).

În cazul psihozei epileptice se remarcă frecvent o tematică delirantă persecutat-persecutorie, concomitent cu exaltare mistică, sugestibilitate și explozivitate coleroasă.

Psihoza epileptică se ameliorează în urma aplicării unui tratament corespunzător, iar într-un număr redus de cazuri se produce o involuție demențială.

— *Demența epileptică* se caracterizează, ca orice altă demență, prin involuția progresivă a funcțiilor de cunoaștere și afective, datorită deteriorării ireversibile a substratului morfo-funcțional encefalic.

Coeficientul cel mai ridicat de stări demențiale se întîlnește în populația copiilor epileptici. Instalarea demenței epileptice în prima copilărie apare de regulă ca o consecință a unor encefalodistrofii severe, care le conferă un aspect de idioție cu deficit neurologic și crize convulsive.

Apariția demenței epileptice în cea de a doua copilărie are un caracter involutiv strio-palidal, particularizat de Voisin, în 1902, sub denumirea de „paralizie spasmodică" și de Jacovlev, în 1930, sub denumirea de „deteriorare neuro-somatică".

În stadiul preadolescenței devine manifestă epilepsia mioclonică familială tip Unverricht, boală ereditară foarte rară, ce evoluează ca o degenerescență demențială progresivă, exitusul producîndu-se între 16—20 ani. Anatomia patologică indică procese nespecifice de abiotrofie neuronală cu scleroză parenchimatoasă, predominent în scoarța cerebrală și cornul lui Amon.

Datele asupra morbidității prin epilepsie indică pe plan mondial un coeficient variabil între 3 și 8‰, cu tendință de creștere în decursul ultimului deceniu.

Luînd în considerație coeficientul inerent de eroare, rezultă totuși că frecvența bolii epileptice poate varia de la o țară la alta sub influența complexității factorilor bio-psiho-sociali.

După datele statistice, incidența pe sexe ar fi nesemnificativă, în timp ce factorul vîrstă ar avea o importanță deosebită — epilepsia genuină instalîndu-se într-un procent de aproximativ 75% din cazuri pînă la vîrsta de 30 ani, după această vîrstă apărînd cu precădere sindroamele epileptiforme (simpomatice). După datele noas-

Scanned with CamScanner

tre privind bolnavii spitalizați, dacă pînă la vîrsta de 16 ani nu se constată diferențe semnificative în frecvența epilepsiei pe sexe, decalajul devine manifest la vîrsta adultă în favoarea sexului masculin. Acest decalaj îl considerăm a fi determinat în primul rînd de noxele exogne (îndeosebi toxice și traumatice) care se întîlnesc cu o frecvență mult mai crescută în antecedentele bărbaților, fără a se exclude însă și semnificația constelației endocrine în particularitățile encefalodistrofiilor endogene.

După datele noastre, care corespund cu ancheta lui Lennox pe un număr mare de cazuri, coeficientul clinic de similaritate în familiile epilepticilor ar fi de aproximativ 4,2%, în timp ce după alții ar fi între 6 și 10% (Conrad, Alström etc.).

În consecință, în etiologia epilepsiei este necesar să acordăm o atenție deosebită factorilor exogeni care își exercită influența încă din stadiul congenital și în continuare pe tot parcursul existenței individului *, în vederea organizării unei profilaxii mai eficiente.

Asupra rolului sumării factorilor exogeni în generarea epilepsiei, ne dă o indicație orientativă faptul că înainte de ultimul război cifra medie a epilepsiei în întreaga lume era de aproximativ 3‰, spre a crește apoi în prima decadă ce i-a urmat la 6‰ (P.S. Vorobiov).

Terenul favorizant. Admițînd ca o realitate importanța noxelor exogene în generarea bolilor psihice, enunțarea ca atare exprimă totuși un concept simplist, deoarece în aceleași condiții de viață și sub influența acelorași noxe exogene, nu toată lumea este afectată de aceleași îmbolnăviri psihice.

Referindu-ne la epilepsie, în decursul timpului s-au remarcat anumite particularități constituționale somatice și temperamentale (temperament flegmatic, Hipocrate ; constituție „ictafinică", Kretschmer ; factor hiperhipofizar, C. I. Parhon), ce ar constitui „terenul favorizant" pentru apariția bolii.

În legătură cu terenul favorizant în apariția bolii epileptice, care presupune o constelație de interacțiuni umorale, endocrine și nervoase, sînt de reținut cercetările electroencefalografice efectuate de Lennox și Gibbs (1939—1945) asupra unui număr mare de familii ale bolnavilor epileptici, găsindu-se 59% trasee anormale la părinții epilepticilor și 65% în fratria respectivă (totalitatea ascendenților și descendenților) fără ca aceștia să prezinte totuși simptome clinice epileptice manifeste.

---

* Cercetînd cauzele epilepsiei la copii, O. I. Kondratenko indică următorul determinism cauzal : traumele mamei 59%, sechele meningitice și meningoencefalitice 20%, vicii de dezvoltare 6,7%, traume post-natale 4,8%, cauze neprecizate 9,5%.

Scanned with CamScanner

Cercetările experimentale asupra epilepsiei demonstrează că manifestarea convulsivă paroxistică constituie aceeaşi particularitate reactivă encefalică în întreaga scară a vertebratelor, deoarece apare totdeauna atunci cînd se ajunge la un anumit prag de excitare cu stimuli de o anumită frecvenţă şi durată, indiferent de talia şi evoluţia filogenetică a speciilor. În consecinţă, se poate admite că nu se moşteneşte epilepsia ca atare, ci un anumit teren (tip de sistem nervos) cu pragul de excitabilitate epileptiformă mai scoborît datorită unei anumite encefalodistrofii, care se relevă prin apariţia paroxismelor în condiţiile unor solicitări nesemnificative pentru un creier cu troficitate bună. Pe de altă parte, acelaşi proces encefalodistrofic epileptogen se poate organiza şi sub influenţa unor factori exogeni traumatici, toxici sau infecţioşi.

Cercetînd latenţa scursă de la cauza exogenă determinantă de sechele encefalopatice şi apariţia primelor manifestări epileptice, noi am constatat că aceasta se poate extinde de la un an la 20 ani într-o proporţie de 47% din cazuri. Această situaţie explică rampa de creştere prelungită a frecvenţei cazurilor noi de îmbolnăvire epileptică după calamităţile războaielor, care favorizează excesiv sumarea noxelor exogene encefalodistrofiante.

Particularităţi fiziopatologice în boala epileptică

Pe baza studiilor de electroneurofiziologie efectuate pe animale cu microelectrozi implantaţi peri- şi intra-celular, s-a stabilit că în condiţii normale neuronul are o activitate bioelectrică caracterizată la excitare prin *depolarizare* (negativarea încărcării electrice) *asincronă* a membranei, datorită între altele unei mişcări de pompă intra- şi extra-celulară a ionilor de sodiu şi potasiu, care nu este aceeaşi pe toată suprafaţa. Datorită modificării neuronilor abiotrofizaţi, în cazul bolii epileptice dinamica potenţialelor de membrană este permanent perturbată, transmiterea influxelor devenind totodată abnormă şi în sensul că *poate difuza prin contiguitate de la un neuron la altul*, în afara conexiunilor sinaptice. Astfel, în cazul apariţiei paroxismului epileptic, se constată descărcarea influxului prin contiguitate şi recrutare neuronală, care difuzează din focarul epileptogen pînă la generalizare.

Modificările potenţialelor bioelectrice neuronale sînt în strînsă corelaţie cu echilibrul hidroelectrolitic şi a mediatorilor neurochimici. În acest sens dă indicaţii faptul că hidratarea intensivă asociată cu hormon retrohipofizar şi cortico-suprarenal, favorizează apariţia crizelor epileptice, iar administrarea de sulfamide diuretice (acetazolamida) ameliorează fondul epileptogen şi poate chiar anula traseul electroencefalografic patologic, provocat experimental prin cortizon.

Cercetînd hematocritul la 100 epileptici înainte şi după încărcarea hidrică, noi am constatat o evidentă dificultate de reechilibrare în decurs de 4 ore.

Scanned with CamScanner

În ceea ce privește mediatorii, se recunoaște o aglomerare acetilcolinică la nivelul sinapsei în timpul somnului, a paroxismelor epileptice și în stările de parabioză provocată prin narcoză, iar în clinică se consemnează frecvența parasimpaticotoniei la bolnavii afectați de epilepsie „genuină".

Danielopolu a realizat, în 1946, la iepuri criza convulsivă prin aplicarea de rondele îmbibate cu acetilcolină pe zona motorie a scoarței cerebrale, după cum noi am constatat, în 1950, împreună cu prof. Jitariu și colaboratorii, o aglomerare de acetilcolină în sîngele periferic după accesul convulsiv provocat experimental la teleosteeni, cît și agravarea manifestărilor convulsive prin parabiotizarea animalului (excitații electrice, lezare cerebrală și narcoză).

Studiind în colaborare cu Matilda și P. Jitariu reactivitatea convulsivă la teleosteeni cu mimetism activ, a reieșit, în plus, că acetilcolina produce o basculare fazică cromatoforică cu predominență expansivă și fenomene convulsive. Din aceeași serie de cercetări experimentale au mai reieșit și unele relații între raportul acetilcolină-colintesterază la nivelul creierului și particularitățile fenomenului convulsiv *.

Pe baza datelor clinice și experimentale enunțate, am ajuns să susținem, începînd din 1950, teoria parabiozei ca fenomen predominant în fiziopatologia bolii epileptice.

Acceptînd teoria parabiozei ca fenomen predominant în fiziopatologia bolii epileptice, se deschid noi perspective terapeutice prin studiul efectelor deparabiotizării structurilor encefalice, între care se plasează și studiile noastre referitoare la efectele ac. 4 sulfonamido-fenoxiacetic, sinteziat la Iași de Gh. Botez, în 1958.

Întrucît paroxismul epileptic poate fi generat de cauze multi-

---

* P. Brânzei, P. Jitariu : *Dinamica cromatoforică în epilepsia experimentală la unele specii de pești marini.* St. și Cerc. St. Acad. R.P.R. Fil. Iași, 1951, nr. 3, pp. 120-225.

P. Brânzei, P. Jitariu : *Influența stării funcționale cerebrale asupra caracterelor manifestărilor convulsive provocate prin electroșoc la teleosteeeni marini.* St. și Cerc. St. Acad. R.P.R. Fil. Iași, 1954, nr. 3—4, pp. 323-352.

M. Jitariu, P. Jitariu, P. Brânzei : *Influența factorilor de mediu asupra activității colinesterazei în timpul crizei convulsive provocată prin electroșoc la broaște.* St. și Cerc. St. Acad. R.P.R. Fil. Iași, 1955, nr. 1—2, pp. 197-207.

P. Jitariu, M. Jitariu, N. Topală, St. Agrigoroaie, P. Brânzei : *L'influence de la crise convulsive provoquée par électrochoc en différente stades fonctionnels cérebraux sur le métabolisme et sur la quantité de glutahion chez les gobiides de la Mer Noire.* Analele St. Univ. „Al. I. Cuza" Iași (St. nat. geograf.), 1957, T. III, fasc. 1—2, pp. 1-17.

P. Jitariu, M. Jitariu, P. Brânzei, N. Topală, St. Agrigoroaie : *Les variations de effets produites par des excitations électriques puissantes sur les poissons marins en fonction de l'état préalable de leur systéme nerveux.* An. univ. „Al. I. Cuza" Iași, 1959.

P. Brânzei : *O roli terebralnogo parabioza v fiziopatologhii epilepsii.* Vopr. Psih. i Nevropat. Leningrad, 1962, v. 8, pp. 155-161.

P. Brânzei : *Contribution a l'étude de la maladie épileptique.* Ann. Méd. Psychol., 1964, V. 2, nr. 5, pp. 693-706.

Scanned with CamScanner

ple, particularizarea sa etiologică presupune un competent diagnostic diferențial în vederea stabilirii tratamentului corespunzător.

În obiectivarea epilepsiei se acordă o mare importanță electroencefalogramei, atunci cînd configurația ei apare caracteristic modificată. Traseul e.e.g. poate totuși să nu apară modificat în unele cazuri. În aceste situații, se recurge la multiplicarea traseelor și la reacții de activare prin întreruperea tratamentului, prin hiperpnee, prin stimularea intermitentă optică, auditivă, sau medicamentoasă (Ahipnon, Pentazol, Pentotal etc.).

Ca examene paraclinice în determinarea cauzelor comițialității se mai folosește ecografia, pneumoencefalografia, angiografia, încarcarea hidrică etc.

Toate aceste explorări necesită a fi însă mereu coroborate cu examenul clinic, realizîndu-se astfel o sinteză diagnostică privind semnificația acuzei epileptice în existența bolnavului și respectiv în instituirea celui mai potrivit tratament, asupra căruia ne vom referi orientativ în partea a treia a cărții.

Asistența medico-socială a bolnavului epileptic, corespunzător posibilităților sale reale de adaptare și integrare socială, este încă deficitară în întreaga lume.

Bolnavii de epilepsie fără tulburări psihice interparoxistice, deși au răspunderea penală și civilă asupra actelor și acțiunilor întreprinse (exceptîndu-se, desigur, perioada paroxismelor), adeseori sînt privați de o activitate corespunzătoare capacității lor, situație ce îi determină să-și disimuleze boala și să accepte munci care să-i expună la accidente, sau să perturbe procesul tehnologic, în eventualitatea unei suspendări temporare a cunoștinței.

Marea majoritate a bolnavilor de epilepsie cu tulburări psihice interparoxistice minore (de tipul „caracterului epileptic") au posibilitatea unei inserări sociale productive, în condițiile unei terapii protective anticonvulsivante, bine diferențiată și susținută în timp.

Psihopații epileptici, ale căror tulburări de conduită nu se modifică sub terapia anticonvulsivantă și neuroleptică, necesită orientarea în activitate de grup, de preferință în ateliere protejate.

Bolnavii cu psihoze epileptice necesită îngrijire obligatorie în spitalul de psihiatrie pentru acuți sau sub supraveghere familială corespunzătoare, pînă la remisiunea fenomenelor psihiatrice majore.

În cazul cronicizării psihozei, bolnavii pot fi luați sub supraveghere familială, dacă, li se asigură tratamentul și orientarea într-o activitatea simplă, sau vor fi orientați în unități de ergoterapie sau cămine cu ateliere protejate, pentru o activitate recuperatorie corespunzătoare capacității lor.

Asocierea psihoterapiei diferențiale (ce include în primul rînd o activitate convenabilă) cu o medicație atent analizată în decursul timpului, creează condiții deosebit de favorabile pentru adaptarea și integrarea socio-profesională a bolnavilor afectați de epilepsie.

Scanned with CamScanner

Puerperalitatea și tulburările mintale

Puerperalitatea constituie un factor psihofiziologic de echilibrare și împlinire a personalității feminine, din cele mai vechi timpuri remarcîndu-se efectele corectoare ale maternității asupra temperamentului *.

Pablo Picasso : „Două femei alergînd pe plajă".
Juvenilitate, maternitate, euforia vieții

În mod excepțional puerperalitatea poate constitui, prin complexitatea ei plurifactorială, substratul favorizant sau determinant al apariției unor psihosindroame diferite ca semnificație etiopatogenică și evoluție clinică.

Frecvența psihosindroamelor puerperale diferă atît în decursul timpului, cît și de la o țară la alta, dinamica lor exprimînd — ca totalitatea bolilor psihice în general — o concentrare în focar a factorilor de morbiditate.

---

* Noțiunea de puerperalitate o folosim aici cu referire la totalitatea modificărilor biopsihologice care se produc în evoluția femeii din momentul instalării gestației și pînă la terminarea efectelor alăptării tardive.

Scanned with CamScanner

Referindu-ne strict la psihozele *post-partum*, după datele noastre rezultă că indicele de morbiditate a scăzut în Moldova de la 2—3‰ în 1945—1950, la 0,5—0,4‰ în 1950—1965, scădere care s-a accentuat în continuare ca urmare a îmbunătățirii condițiilor economico-culturale și asistenței gravidelor *.

Folosind ca un criteriu orientativ evoluția stadială a maternității, se pot diferenția — progredient — psihosindroamele de gestație, post-partum și psihosindroamele alăptării tardive.

Psihosindroamele gestației

Datorită profundelor modificări ale constelației endocrine, marcată stadial prin exces de hormoni gonadotropi la începutul celui de al doilea trimestru al gestației și prin exces de hormoni steroizi la sfîrșitul ei, cît și datorită noilor ordonate psihologice și sociale determinate de graviditate, în cursul puerperalității pot să apară trei categorii diferite de fenomene morbide :

— dispariția sau ameliorarea unor fenomene nevrotice, psihopatice sau psihotice preexistente graviditățiii ;

— accentuarea unor fenomene nevrotice, psihopatice sau psihotice preexistente gestației (în mod larvat sau manifest) ;

— declanșarea sau provocarea de către puerperalitate a unor fenomene nevrotice, psihopatice sau psihotice.

Psihosindroamele gravidice de tip nevrotic. Primul trimestru al gestației se caracterizează psihofiziologic prin oscilații adaptative tranzitorii de tonus neuro-endocrin și ideo-afectiv (hiperemotivitate, iritabilitate, fatigabilitate), fără o semnificație morbidă propriu-zisă.

În primul trimestru al gestației predomină psihosindroamele de tip nevrotic care se dezvoltă fie prin exagerarea unor trăsături constituționale morbide, fie ca o consecință a unor procese autotoxice de tip gestozic sau ca expresie a unor anumite implicații psihologice sau sociale negative în legătură cu evoluția sarcinii.

Psihosindroamele gestozice de tip nevrotic sînt caracterizate prin predominanța unei contracturi penibile ideo-afective cu diverse prevalențe obsesivo-fobice (ca frica de întuneric, de boli, de moarte, de nebunie etc.) sau cenestopatice (algii, cenestopatii, parestezii — cu sau fără modificări vegetative), oboseală și tulburări de somn. Tulburările nevrotice se atenuează — pînă la dispariție — pe parcursul evoluției sarcinii, prin readaptarea troficității neuroendocrine, beneficiind totodată substanțial de psihoterapia rațională.

Psihosindroamele gravidice de tip psihopatic au de regulă un caracter constituțional. În anumite condiții favorizante, comporta-

---

* P. Brânzei, Elena Brânzei : *Considerații clinice asupra psihozelor puerperale.* Bul. Ses. St. Inst. Med. Iași, 1957, vol. I, Med. Int., pp. 429-442.

Scanned with CamScanner

mentul deviant se poate exacerba în timpul gestației printr-o amplificare intențională care cedează la contrasugestie. Un aspect cu totul particular îl constituie tendința cleptomanică pentru obiecte nesemnificative, extravaganță comportamentală indusă de gestație care se întîlnește și în lumea animală ca latură instinctuală de protejare a descendenței (unele păsări își ornează cuibul cu obiecte strălucitoare, eventual „furate"). În același sens al defulării instinctuale pot fi interpretate și unele extravaganțe de apetit alimentar sau sexual, induse de modificări homeostazice *.

Psihosindroamele gravidice autotoxice (gestozice) pot ajunge pînă la expresia unui fenomen de respingere față de produsul gestant, cu simptomatologie clinică impresionantă : anorexie și vărsături incoercibile ; diskinezii ale tractusului digestiv și ulcere gastrointestinale ; tetanii neurogene, dermatoze și crize paroxistice de hipertensiune sau de astm ; toxicoze severe pînă la eclampsie (hipertensiune arterială, nefrită albuminurică și crize convulsive subintrante).

Psihosindromul autotoxic, inclus de obstetricieni în categoria disgravidiilor, dispare prin dezvoltarea sarcinii, după naștere, avort spontan sau provocat, sau poate evolua dramatic atunci cînd nu este rezolvat corespunzător.

Rolul important pe care îl are starea funcțională a sistemului nervos central în psihosindromul gestozic îl relevă în mod particular influența spectaculară pe care poate să o exercite, uneori, psihoterapia — îndeosebi prin procedura hipnotică. Această interrelație psihosomatică nu ne permite totuși să confundăm realitățile autotoxice de tip imunitar cu fenomenele de conversiune psihogenă, confuzie care se poate solda cu prejudicii vitale uneori.

Epilepsia constituie un aspect particular al graviditătii, atunci cînd crizele respective apar numai în cursul gestației, fără a avea caracterul unei gestoze eclamptice (nefrită hipertensivă).

Boala epileptică (epilepsia genuină) preexistentă sarcinii, de regulă, nu este agravată de gestație.

Afecțiunile neurologice ca polinevritele, leuconevraxitele, coreea Sydenham, procesele expansive intracraniene sau leziunile vasculare encefalice, pot fi favorizate sau agravate de graviditate prin mecanisme imunitare autotoxice sau alergice.

---

* În comportamentul liber al ierbivorelor este cunoscută migrația în perioada de gestație la mari distanțe în zone cu ierburi mai bogate în săruri, după cum femeile gravide din unele triburi consumă instinctual anumite soluri ce conțin săruri de calciu, fosfor și magneziu.

Scanned with CamScanner

Psihozele gravidice sînt reduse ca frecvență și atunci cînd apar exprimă, de obicei, evoluția unei psihoze endogene preexistentă sarcinii, sau apar ca un paroxism anxios reactiv.

Pe de altă parte, psihozele din cursul gravidității pot avea sarcina ca factor favorizant sau eventual determinant în relația sa endo-exogenă.

Indiferent de stadiul în care generează (graviditate, lehuzie sau alăptare tardivă), simptomatologia psihozelor puerperale este predominată de sindromul polinevritic * cu elemente depresiv-confuzionale, stare ce indică un substrat autotoxic, la care se poate asocia ca factor agravant elementul infecțios, suferința vasculară, trauma cerebrală sau intoxicațiile exogene.

Psihozele din cursul gestației se diferențiază în psihoze cu sarcina factor favorizant și psihoze cu sarcina factor determinant **

Psihozele cu sarcina factor favorizant relevă uneori antecedente morbide eredo-familiale și îndeosebi accidente psihotice care se repetă odată cu sarcina, de regulă în primul trimestru al gestației, psihoza luînd totodată un caracter progresiv de agravare prin repetarea sarcinilor.

Psihozele cu sarcina factor determinant (psihozele gravidice propriu-zise) comportă absența unei eredități morbide sau a tulburărilor psihice anterioare.

Cauze favorizante : supraeforturile fizice și emoțiile violente sau prelungite ; tulburările viscero-umorale (îndeosebi hepatice și renale) ; bolile infecto-contagioase.

Cauza determinantă specifică : encefalodistrofia provocată prin procesele autotoxice ale gestației, cu frecvența mai crescută în al doilea trimestru de gestație.

Ca particularitate favorizantă sau determinantă în apariția psihosindroamelor gestației, se reține și semnificația episodului abortiv.

Psihosindroamele post-abortum au un caracter hipertimic reactiv, ele stingîndu-se de regulă spontan și în scurt timp.

— *Psihosindroamele declanșate de avortul spontan* pot implica atît reacția emotivă a mamei care dorește să aibă un copil, precum și emoția violentă provocată de accidentul respectiv, atunci cînd are

---

* După ce Korsakov a descris în 1899 „Cerebropatia toxemică", numeroși autori au subliniat faptul că sindromul psihopolinevritic se întîlnește mai frecvent în cursul puerperalității, comparativ cu alcoolismul și bolile infecțioase.

** Caracterul favorizant sau determinant al sarcinii în declanșarea psihozei nu se poate stabili decît prin analiza antecedentelor eredo-familiale și mai ales prin cunoașterea stării psihice a bolnavei înainte și după graviditate.

Scanned with CamScanner

semnificația unui pericol vital. Ca factori biologici favorizanți, în prima linie se înscrie anemia acută și infecția supraadăugată ;

— *Psihosindroamele declanșate de avortul provocat* comportă implicații complexe, între care pe prim plan apar condițiile în care a generat sarcina și s-a procedat la întreruperea gestației.

Psihosindroamele reactive declanșate de avortul provocat apar de regulă în condițiile unor intervenții ilicite, a intoxicațiilor acute abortive, a suferințelor morale și fizice și a infecțiilor consecutive manevrelor empirice.

Psihosindroamele post-partum

În incidență directă cu actul nașterii, se poate produce *eclampsia* ca exacerbare supra-acută a toxicozei gravidice, confirmată de preexistența nefritei hipertensive.

În primele zile după naștere există și posibilitatea dezvoltării unei *tromboflebite cerebrale* cu punct de plecare din sistemul limfatic al bazinului, caracterizată prin semne neurologice de focar (embolii și ramolismente) însoțite de stări confuzionale sau comatoase.

Psihosindroamele post-partum se delimitează ca fenomene morbide în corelație strictă cu lehuzia, stadiu puerperal — de o deosebită solicitare endocrină, pe care se poate grefa și complexitatea agenților stressanți din momentul nașterii (efort, durere, frică) precum și efectele unor eventuale hemoragii sau infecții.

Reacțiile nevrotice post-partum se caracterizează în general prin dominanta afectivă a unei griji copleșitoare pentru buna dezvoltare a noului-născut, care poate deregla comportamentul mamei în sensul unei psihogenii obsesivo-fobice, situație ce nu exclude totuși semnificația anumitor carențe hormonale. Totodată, este de reținut și faptul că nașterea unor feți dismorfici, ca și avorturile spontane, pot constitui cauza imediată sau îndepărtată a unor psihosindroame de tip nevrotic obsesivo-fobic sau anxios.

Reacțiile psihopatoide generate de lehuzie se caracterizează, în general, prin atitudini negative față de noul-născut, care se pot dezvolta pînă la abandon sau pruncucidere, în afara existenței unei structuri psihopatice premorbide.

Psihozele post-partum au o semnificație particulară pentru practica medicală, deoarece pot fi consecința unei disgravidii neglijate, a unei nașteri septice, sau aspectul psihotic de fațadă al unei encefalite acute azotemice (delir acut) cu evoluție mortală, dacă nu este tratată corespunzător.

Sindromatica psihozelor post-partum se aseamănă cu a psihozelor puerperale în general, datorită predominenței stării confuzionale caracteristică psihozelor toxice, indiferent de cauza lor determinantă (endogenă sau exogenă).

Scanned with CamScanner

Psihozele post-partum se diferențiază totuși prin debutul lor brutal, care survine de regulă în primele trei săptămîni de lehuzie (cel mai frecvent în jurul celei de a 15-a sau a 20-a zi).

Clasificarea patogenică a psihozelor post-partum poate fi diferențiată după predominența factorului declanșator :

infecțios, toxemic, encefalodistrofic insuficient definit, encefalită acută azotemică (delir acut).

Psihoza post-partum de natură infecțioasă se diferențiază prin stare septicemică, tulburările psihice dezvoltîndu-se și retrocedînd odată cu procesul septic. Deși frecvența septicemiei puerperale a scăzut foarte mult datorită condițiilor actuale ale asistenței materno-infantile, posibilitatea factorului septic în generarea psihozei post-partum necesită a fi totuși totdeauna diferențiată, în vederea instituirii unui tratament corespunzător.

Psihoza post-partum de natură toxemică ilustrează prin excelență cadrul cerebropatiei toxemice puerperale, asimilată în prezent în cadrul noțiunii de sindrom psihopolinevritic.

Psihoza post-partum prin encefalodistrofie cu factor declanșator insuficient definit prezumează patogenetic un proces autotoxic, concomitent cu preexistența unui teren favorizant *.

Persistența unei dereglări neuro-endocrine în asemenea situații este indicată îndeosebi de studiile prof. Delay și colaboratorii (1953), care subliniază că „reapariția receptivității uterine coincide cu dispariția psihozei", rolul reglării neuro-vegetative fiind confirmat și de rezultatele spectaculare obținute prin electrostimulare diencefalică.

După Delay și Cortell, psihozele post-partum ar fi determinate, în primul rînd, prin defectivitatea restabilirii ciclului hipofizo-ovarian datorită tulburărilor de regenerare a mucoasei uterine, situație pe care Moricard a denumit-o „metroză de receptivitate".

După autorii menționați, chiuretajul endometrului ar restabili receptivitatea uterină și remisiunea psihozei.

Cercetînd împreună cu colaboratorii ** starea endometrului la un grup de bolnave cu psihoze post-partum, s-a găsit în general același proces de suferință degenerativă, în unele situații existînd microresturi placentare.

---

* În cadrul psihozelor puerperale și îndeosebi în cursul psihozelor post-partum prin encefalodistrofii cu factor declanșator insuficient definit, se pot dezvolta uneori și situații deosebit de grave determinate de encefalita psihotică azotemică acută (delirul acut) și asupra cărora ne referim în continuare la capitolul respectiv.

** P. Brânzei, M. Moscovici, M. Baltaru, Gioconda Dobrescu, Elena Brânzei, Gh. Teleman : *Considerații asupra factorilor endocrini în psihosindroamele puerperale.* St. și Cerc. de Endocrinologie, 1967, T. 18, nr. 1, pp. 57-62.

Scanned with CamScanner

În cazul bolnavelor cu resturi placentare organizate, rezultatul chiuretajului a fost spectacular, remisiunea psihozei obținîndu-se în decurs de cîteva zile.

În cazul celorlalte bolnave cu psihoză stabilizată, stimularea receptivității endometriale s-a soldat cu o creștere manifestă a capacității de răspuns favorabil la procedurile terapeutice ineficiente anterior.

Aceste fapte se coroborează cu modificările de placentă, lichid amniotic și cordon ombilical găsite în cursul psihozelor de gestație, cît și cu modificările de mediatori neuro-umorali, totalitatea datelor fundamentînd punctul nostru de vedere despre rolul encefalodistrofiei autotoxice în puerperalitate.

Psihosindroamele alăptării tardive

Sub denumirea de psihosindroame ale alaptării tardive, diferențiem diversitatea aspectelor morbide (de tip nevrotic, psihopatic sau psihotic), care survin după stadiul lehuziei și cel mai frecvent în cursul alăptării prelungite.

Simptomatologia psihosindroamelor de lactație tardivă este predominată de anxietate și astenie iritabilă, iar în cazul psihozelor de stări amentive prin epuizare progresivă energo-dinamică.

Factori favorizanți: epuizarea psihosomatică prin nașteri repetate și alăptare prelungită, supraeforturi fizice sau încordări ideo-afective penibile, nutriție deficitară și disfuncții viscerale (îndeosebi hepatice).

Caracterul de epuizare energo-dinamică pe care se dezvoltă psihosindroamele alăptării tardive i-a determinat pe unii psihiatri să conteste corelația lor directă cu puerperalitatea, omologîndu-le în categoria indefinită a stărilor „astenice".

Datorită faptului că alăptarea prelungită poate constitui un factor de menținere a unui tonus neuro-endocrin demodulat, considerăm că aceste psihosindroame exprimă de fapt o relație morbidă endo-exogenă, corelată în mod caracteristic cu puerperalitatea tardivă. Acest punct de vedere se sprijină pe faptul că în psihosindroamele puerperale tardive există aceleași perturbări ale dinamicii neuro-endocrine ca și în cazul psihosindroamelor post-partum, confirmat de scăderea cetosteroizilor, creșterea metaboliților catecolaminici și perturbarea „receptivității" hipofizo-endometriale.

Psihosindromul puerperalității tardive impune întreruperea alăptării și corectarea deficitelor metabolice în funcție de datele biochimice precizate de laborator, reducerea tensiunii anxioase prin terapie timoleptică, iar în cazul stărilor psihotice impregnare neuroleptică, ca prim gest al unei atitudini de urgență psihiatrică.

Scanned with CamScanner

Senilitatea şi demodulările personalităţii

Zilele vieţii noastre sînt şaptezeci de ani, iar pentru cei mai tari optzeci de ani, iar ce este mai mult nu-i decît osteneală şi durere

David (cca. 1000 î.e.n.)

Edith Longcourty „Hedera Helix" :

Simbol al puterii infinite şi devorante a timpului

Procesualitatea vîrstei înaintate (sau cea de a treia vîrstă, cum i se spune tot mai frecvent), se condensează mereu ca o problematică demografică de prim ordin în politica societăţilor contemporane şi mai ales în elaborarea prognozelor, pînă în măsura de a constitui un indicator al bunei stări în evoluţia unei anumite populaţii. Această situaţie devine sesizabilă nu atît prin cunoaşterea corelaţiilor epidemiologice psihiatrice încă insuficient analizate, ci îndeosebi prin implicaţiile socio-economice şi familiale pe care le comportă neputinţele bătrîneţii.

Momentul delimitativ al bătrîneţii (pentru care se dă ca reper sociologic vîrsta de 65 ani) se referă de fapt la o zonă cronologică psihosomatică ale cărei limite pot să cuprindă cel puţin un deceniu, în raport de instalarea unor fenomene manifeste de involuţie. Pentru asemenea considerente se uzitează de altfel metafora că „fiecare poartă vîrsta pe care o resimte", deşi în realitate nu oricine care se simte excelent este totdeauna indemn în ceea ce priveşte sănătatea fizică sau mintală.

Cea de a treia vîrstă integrează, în primul rînd ca nivel de conştiinţă, o criză adaptativă la noile condiţii bio-psihosociale pe care le impune perspectiva bătrîneţii, cînd eul suportă şi trebuie să compenseze succesiv sau concomitent — traume a căror amploare şi durată variază atît în raport de conţinut şi capacităţile de reactivitate temperamentală, cît şi în funcţie de nivelul de cunoaştere şi a relaţiilor individului cu etosul său.

Scanned with CamScanner

Este zona de existență cînd sistemele psihofiziologice deșuante își reajustează homeostazia prin reacții catenare neuro-endocrino-umorale. dezaferentările produse trebuind să fie în același timp compensate prin înțelegerea iremediabilului care va surveni, oricît de mult s-ar prelungi limita vieții.

Este zona de existență în care se produce nu numai impactul critic intrapersonal, prin constatarea scăderii capacităților biologice, dar și, în mod cu totul deosebit, a însingurării și alienării relațiilor interpersonale. Validitatea mintală a seniumului este marcată cu precădere atunci cînd anumite trăsături instinctiv-emoționale se dezinhibă prin scăderea capacității de frînare corticală, cînd demnitatea, orgoliul sau independența sînt lezate, și îndeosebi atunci cînd prejudiciul, ca trăire particulară în psihologia bătrîneții, este amorsat prin anumite inducții obiective sau subiective.

Deși comportamentul morbid nu constituie regula în psihologia vîrstei înaintate, el se accentuează totuși prin exigență față de capacitățile restante sub presiunea greutăților materiale și a inconfortului afectiv, prin lipsa de activitate și singurătate, dezvoltîndu-se atît mai mult atunci cînd organismul este marcat de suferințe viscero-umorale sau mintale preexistente.

Reverberația nivelelor de conștiință integrată în zona de cunoaștere a îmbătrînirii saturează în primul rînd tristețea și incertitudinile existențiale cu eretismul emoțional, fatigabilitatea, iritabilitatea și dismneziile aterosclerotice care induc în mod caracteristic decompensări sinistrozice reactive și sinucideri deliberate.

Preexistența terenului morbid favorizează în stadiul senil ecloziunea psihozelor dismetabolice prin accentuarea deficitului de irigație cerebrală, pe lîngă factorii reactivi și constituționali intervenind în plus și coeficientul demențelor eredo-familiale ca boala Pick, Alzheimer, coreea cronică Huntington sau boala Creutzfeldt-Jacob de pildă, disgenezii a căror apariție este predilectă în cea de a cincea decadă. Coeficientul de risc al deteriorărilor involutive crește apoi cu fiecare decadă, bufeele confuzionale, reacțiile paranoide și presbiofreniile ireductibile manifestîndu-se cu frecvență tot mai accentuată după cea de a șaptea decadă.

Referindu-ne la ordonatele ecologo-epidemiologice ale senilității, ar fi de reținut, în primul rînd, că media de vîrstă cunoaște o creștere cronologică reală * pe arii tot mai întinse în întreaga lume. Se apreciază astfel că în Anglia și S.U.A., de exemplu, frecvența persoanelor în vîrstă de 65—74 ani va marca în perioada 1971—1981 o creștere de la 25% la 33%, iar a celor cu vîrsta peste 85 de ani de 50%. În aceste condiții „speranța la naștere" pentru atingerea și depășirea vîrstei de 70 ani se întrezărește tot mai amplu în întreaga lume,

---

* Media globală de vîrstă a crescut în primul rînd prin reducerea mortalității infantile.

Scanned with CamScanner

cunoscîndu-se în același timp că și riscul deteriorărilor cerebrale și a perturbărilor mintale crește în mod abrupt după vîrsta de 65 ani *.

Latura negativă al acestei uzanțe de asistență tradițională constă în faptul că familia „uită" apoi — sau se află în imposibilitate — să-l mai externeze pe vîrstnicul respectiv, situație care cuplîndu-se cu o mortalitate redusă, duce la sedimentarea geriatrică care grevează profund funcționalitatea spitalicească. Astfel, în Anglia, de exemplu, unde pe lîngă sanatorii, hoteluri și case pentru asistența privată a bătrînilor mai există și o asistență extraspitalicească instituționalizată prin intermediul serviciilor de sănătate mintală, cît și un număr suficient de paturi pentru ei în spitalele de medicină generală, numărul bolnavilor în vîrstă de peste 65 de ani asistați timp îndelungat în spitalele de psihiatrie reprezintă totuși 50% **.

La insuficiența condițiilor de asistență instituționalizată a vîrstei înaintate, căreia i se mai adaugă apoi lipsurile financiare, cît și o deficientă organizare a timpului liber și a serviciilor menagere (ce concură cu însingurarea, denutriția și uzajul băuturilor alcoolice sau al altor droguri), explică de ce rata tulburărilor mintale afectează cel puțin 5% din totalul persoanelor în vîrstă de peste 65 ani.

Se poate spune deci, în viziunea unei medicine tridimensionale bio-psiho-sociale, că vîrsta înaintată constituie un element permanent de referință pentru politica acelei societăți care tinde să asigure bunăstarea fizică, mintală și socială a populației sale, asistența medico-socială a celei de a treia vîrste incluzîndu-se totodată în mod necesar în criteriile unui plan național și internațional de apărare și promovare a sănătății mintale.

Studiul biodinamicii îmbătrînirii și a patologiei senilității a cunoscut de la început o atenție deosebită în România, concluziile tematice ce au izvorît din lucrările celui de al XIII-lea Congres de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie menținîndu-și vie semnificația directoare și în prezent ***.

În această ordine de idei se relevă și faptul că în școala românească de medicină s-au confruntat de la început teza îmbătrînirii

---

* După cum se știe, dintre persoanele vîrstnice asistate în cămine, cel puțin 40% manifestă în mod inerent și anumite tulburări mintale primare sau secundare, episodice sau permanente.

** *Gérontopsychiatrie* : OMS (ser. rapp. techn. 1972, nr. 507).

*** Bull. de la Soc. Roumaine de Neurol. Psych. Psychol. Endocr, 1933, nr. 4, 5—6.

C. Marinesco : *Etudes sur le mecanisme histobiochimique de la vieillesse et du „Rajeunissement"* C. I. Parhon : *Psychiatrie de la vieillesse*, I. Minea : *La neurologie de la sénilité*. C. Urechia : *Anatomie pathologique de la sénilité*. G. Preda : *La vieillesse au point de vue psychologique*. I. Ornstein : *La biochimie de la vieillesse*. D. Kotzowsky : *Etude expérimentale de la vieillesse*.

Scanned with CamScanner

ireductibile susținută de Marinescu și teza îmbătrînirii văzută ca boală susținută de Parhon, sinteza lor dialectică orientînd atitudinea profilactico-curativă a gerontologiei contemporane.

Astfel, în raportul său la congresul menționat, Marinescu expunea, cu minuțiozitatea ce-l caracterizează, studiul modificărilor histochimice celulare ale îmbătrînirii sistemului nervos central, analizînd în primul rînd fenomenul de alterație a structurilor coloidale, particularitățile formațiilor de lipofuxină și a plăcilor senile (pe care le-a descris pentru prima oară dimpreună cu Pierre Marie), leziunile tip Alzheimer și de gigantocitoză, rolul catalizatorilor și al fermenților în mecanismul îmbătrînirii etc.

Pe baza cercetărilor sale, Marinescu concluziona atunci că *senilitatea normală nu este o boală ci o evoluție fiziologică, regulată și ineluctabilă, guvernată de ereditate și de nutriție în funcție de schimbările fizice și chimice care se desfășoară în celulele organismului ca fenomen biologic ireversibil.*

Înțeleptele concluzii elaborate de marele savant cu ocazia sărbătoririi vîrstei de 70 de ani, deși resping tentația reîntineririi ca pe „o himeră indiferent de metoda folosită", nu se opun *tentativelor de reactivare a fenomenelor biologice... pentru a ușura mizeriile ce însoțesc îmbătrînirea care, din nenorocire, apare prea devreme în specia umană.*

Mereu răzvrătit împotriva situațiilor implacabile în știință, profesorul Parhon exprima în același timp opinii activatoare cu referire la perspectiva bătrîneții văzută ca boală :

În numeroase lucrări am arătat rațiunile pentru care mă cred autorizat să afirm că bătrînețea este o boală și de ce datoria noastră de medici este de a căuta să privim problema terapeutică. Pe de altă parte noi nu ignorăm că tratamentul bătrîneții constituie un

---

G. Marinesco et O. Sager : *La puissance mitogénétique du sang en rapport avec l'âge.* G. Marinesco, O. Sager et A. Kreindler : *Le rapport entre l'hydrophilie des tissus et la chronaxie musculaire chez les vieillards.* G. Marinesco, O. Sager et A. Kreinder : *Recherches sur le dynamique de l'écorce cérébrale des vieillards.* C. I. Parhon : *Considérations sur le traitement de la vieillesse.* N. Minovici, I. Stanesco et N. Romanesco : *Contribution à l'étude de la délinquance chez les séniles.* G. Paulian, I. Stanesco et G. Fortunesco : *La paralysie generale et la sénilité précoce.* A. Radovici, M. Schachter et E. Cohen : *Le réflexe palmomentonier chez les vieillards.* C. I. Parhon, I. Ornstein et M. Sibi : *Variations de la protidemie et de la lécithinémie en rapport avec l'âge.* C. I. Parhon et. M. Cahane : *Variations de la thiémie au point de vue ilikibiologique.* C. I. Parhon et E. Cernautzeano-Ornstein : *La réaction Kottmann pendant la vieillesse.* Dr. Pitulesco : *La situhormonothérapie.* Pitulesco, A. Bakk et T. Ionesco : *Situ-hormonothérapie et eutrophie.* L. Ballif et I. Gherscovici : *Le potassium et le sodium au cours des avitaminoses B et la pellagre.* M. Dragomireano : *Sur les rapports de la vieillesse avec les glandes à secrétion interne.* L. Ballif et I. Ornstein : *Sur l'équilibre du système nerveux des animaux en rapport avec l'âge.* D. Kotzowsky : *Sur l'actualité de la viellesse.*

Scanned with CamScanner

subiect al cărui studiu trebuie dezvoltat și aprofundat din numeroase puncte de vedere *.

Corespunzător orientării sale tradiționale umanist-științifice, școala românească de medicină „nu a rămas inactivă față de această gravă boală care se numește bătrînețe", contribuind astfel la dezvoltarea gerontologiei și geriatriei pe plan mondial **.

*

Pentru orice om de știință care se preocupă de geriatrie este clar — pe de o parte — că limita de vîrstă pentru specia umană este cu mult mai îndepărtată decît cea atinsă în mod obișnuit, existența fiind grevată în primul rînd de infecții, intoxicații, traumatisme și doar în cele din urmă de factorii genetici ce influențează longevitatea.

Pe de altă parte, dacă în parametrii cunoașterii biologice contemporane tratamentul patologiei vîrstei înaintate apare ca rațional și se impune cu necesitate, aspirația la reîntinerire sau la vindecarea bătrîneții rămîne încă o speranță mereu reînnoită de progresele cunoașterii.

Aprofundarea studiului parametrilor pe care se înscrie vîrsta înaintată, se acordă cu progresele tehnico-științifice și social-politice care concură la bunăstarea fizică, mintală și obștească a fiecărei persoane luată în parte. În acest mod, gerontologia se profilează prin excelență ca acțiune prioritară a omenirii în viitorul apropiat, în perspectiva căruia sîntem datori să reflectăm și să acționăm astfel încît cei ce ne urmează să se bucure de o viață mereu mai îndelungată și tot mai ferită de suferințe.

*

În rîndurile ce urmează, intenționăm să conturăm doar particularitățile demențelor de involuție, deja enunțate în capitolul de clasificație.

1. *Demențe eredo-familiale de natură abiotrofică — (encefalodistrofii predominant endogene)*

a. *Demența presenilă degenerativă strio-palidală,* descrisă de neurologul american G. Huntington (1850—1916), se diferențiază clinic prin apariția, la vîrsta adultă (în a treia decadă), a unui sindrom coreic asociat cu demențiere lent progresivă.

---

* Fără a intra în detalii, este necesar să precizăm totuși că psihozele senile sînt curabile, spre deosebire de procesele demențiale ireversibile.

** Simpozionul internațional de gerontologie: *Profilaxia bătrîneții; longevitatea și factorii de mediu,* 26—27. VI, 1972, București, Ed. Arta grafică, 1974.

Scanned with CamScanner

Tulburările mintale includ inițial disforie iritabilă și tendință suicidară ; ulterior apatie, tulburări de atenție și memorie ; gîndirea și autoconducția elementară devin alterate manifest în stadiul tardiv al bolii și de regulă după 60 ani.

b. *Demența presenilă degenerativă prin atrofie corticală fronto-temporală circumscrisă*, descrisă de psihiatrul praghez Arnold Pick (1903). Debut demențial insidios în a cincea decadă, particularizat prin tulburări progresive ale funcțiilor de cunoaștere (și păstrarea unei relative orientări spațiale) asociate cu aberații de conduită de tip variat (prin lezarea zonelor prefrontale) : euforie absurdă, bulimie, deteriorarea simțului etic și social. Evoluție progresivă ireversibilă spre neantizare mintală și gatism terminal în decurs de cîțiva ani.

c. *Demența presenilă prin atrofie corticală degenerativă difuză*, descrisă de neurologul german Alois Alzheimer (1906 și 1911). Boala devine manifestă de regulă în decada a cincea — cu limite extreme descrise între 25 și 76 ani — și predominență semnificativă la femei ($2^1/_2$ la 1 bărbat).

Evoluție lent progresivă, particularizată (mai evident față de boala Pick) prin dezvoltarea unui sindrom afazo-agnozo-apraxic : disartire logoclonică, sărăcirea limbajului de la disociație, averbalizare și asubstantivare, pînă la exprimare interjectivă stereotipică și în final logoree neinteligibilă ; agnozie, îndeosebi spațială (bolnavul nu mai recunoaște propria cameră) și apraxie — pînă la imposibilitatea îmbrăcării, dezbrăcării, a mestecatului.

Deteriorarea mintală devine manifestă odată cu focalizările corticale, fiind predominată de dezorientare spațială, agitație confuzională (de predilecție nocturnă), idei delirante absurde volante și stereotipii psihomotorii.

Electroencefalograma de tip iritativ, dezorganizată mai evident decît în boala Pick, datorită difuziunii leziunilor corticale.

Diagnosticul diferențial poate fi precizat *intra vitam* cu ajutorul pneumoencefalografiei care relevă o dilatare ventriculară simetrică mai accentuată la nivelul coarnelor occipitale, spre deosebire de boala Pick unde dilatarea ventriculară este mai evidentă la nivelul coarnelor frontale. Se apreciază că aspectul p.e.g. pericerebral nu ar fi caracteristic (Delay), deși atrofia corticală presilviană este mai accentuată în boala Pick. Evoluție letală în decurs de 2—5 ani.

Histologic, în boala Alzheimer se evidențiază în mod caracteristic cromatoliza neuronală cu rețea intracelulară puternic colorată argentic (celulele Alzheimer) și frecvente plăci argirofile intercelulare.

Encefalodistrofiile abiotrofice, cu incidență crescută de morbiditate neuro-psihică eredo-familială, nu apar în incidență manifestă cu senilitatea și arterioscleroza, ele fiind condiționate de fragilitatea neuronală pe al cărui fond se dezvoltă degenerescența progre-

Scanned with CamScanner

sivă — presenilă, caracteristic demențială. Ca factori favorizanți se incriminează intoxicațiile, avitaminozele, surmenajul și infecțiile.

2. *Demențe prin encefalodistrofii endo-exogene*

a. *Demența de natură hipoxică arteriosclerotică*, necesită a fi delimitată de demențele presenile abiotrofice și demența prin involuție atrofică parenchimatoasă senilă. Etiopatogenia D. A. este condiționată de procesualitatea umorală și anatomică (cu sau fără hipertensiune arterială) ateromatoasă care determină encefalodistrofia hipoxică ca substrat lezional al deficitului mintal demențial.

D. A. devine manifestă de obicei după 60 de ani, deși poate fi remarcată deja și în decada a patra.

Este interesant de reținut că studiul histologic comparativ efectuat de Antoine Arab (citat după Porot *) pe un număr mare de creiere provenind de la arteriosclerotici și ne-arteriosclerotici care depășiseră vîrsta de 65 ani, a relevat aceeași frecvență a plăcilor senile în ambele situații. *Din această constatare anatomo-patologică se deduce și incertitudinea diagnosticului clinic de „demență mixtă"*.

Difuziunea suferinței lezionale prin hipoxie A.S. atît în cortex cît și în substanța albă și nucleii subcorticali, explică polimorfismul tulburărilor neuropsihice asociate care inițial au de regulă un caracter claudicativ : ictusuri mnestice și paretice, faze confuzive și de agitație nocturnă tranzitorie, după care se instalează progresiv deficitul demențial. Diagnosticul etiologic se realizează prin intermediul semnelor directe și indirecte, clinice și paraclinice de A. S.

b. *Demența de natură parenchimatoasă prin atrofie cerebrală senilă.* Este condiționată în mod caracteristic de vîrsta înaintată propriu-zisă (începînd cu a șaptea decadă), incluzînd ca particularitate clinică și *presbiofrenia* descrisă de Kahlbaum și Wernicke. D.S. se obiectivează histologic prin plăcile parenchimatoase senile, leziunile vasculare neavînd o semnificație caracteristică. Tulburările mintale sînt predominate de simptome amnesto-confuzive, ecmnezie (trăire într-o perioadă anterioară) și confabulație compensatorie, credulitate puerilă cu atitudine de amabilitate euforică cu sau fără elemente polinevritice și deficit postural (stațiunea în picioare).

Factori favorizanți : intoxicații, boli de nutriție, infecții.

c. *Demența „transmisibilă" Kreuzfeld-Jakob.* Dacă boala Huntington, Pick și Alzheimer sînt omologate ca abiotrofii constituționale, în cazul demenței presenile descrisă de Kreuzfeldt (1920) și Jacob (1921), etiopatogenia virală apare în prim plan datorită cercetărilor efectuate de Gibbs și Gadjusek (1968) care au reușit să transmită boala la diverse primate, deși virusul (cu durată lungă de incubație) nu a fost încă identificat.

---

* A. Porot : *Mannuel alphabétiyue de psychiatrie*, PUF, Paris, 1975, pp. 77-78.

Scanned with CamScanner

Boala Kreuzfeld—Jakob apare, ca și în cazul demențelor presenile eredo-familiale, în decada a cincea, cu predilecție la sexul feminin.

Simptomele demențiale au un caracter progresiv și se asociază cu tulburări neurologice din seria extrapiramidală, dischinezii, intenționale și hipertonie, dizartrie și ataxie cerebeloasă ; inconstant deficit piramidal, simptome talamice, amiotrofii, mioclonii, cecitate corticală.

În situația cazurilor comunicate pînă în prezent, moartea a survenit la cîteva luni după instalarea perioadei de stare a bolii. La examenul histologic s-a constatat rarefacție neuronală difuză în cortex și nucleii subcorticali, asociată cu proliferare nevroglică astrocitară.

Posibilitatea instalării în stadiul presenil a unei demențe de natură transmisibilă (infecțioasă) — *eventual și cu evoluție vitală prelungită* — nu exclude totuși rolul terenului favorizant, justificînd astfel punctul nostru de vedere despre rolul relației endo-exogene în patologia mintală, deschizînd totodată perspectiva unor posibilități profilactico-curative încă neabordate.

Scanned with CamScanner

relația bio-psiho-socială în terapia psihiatrică

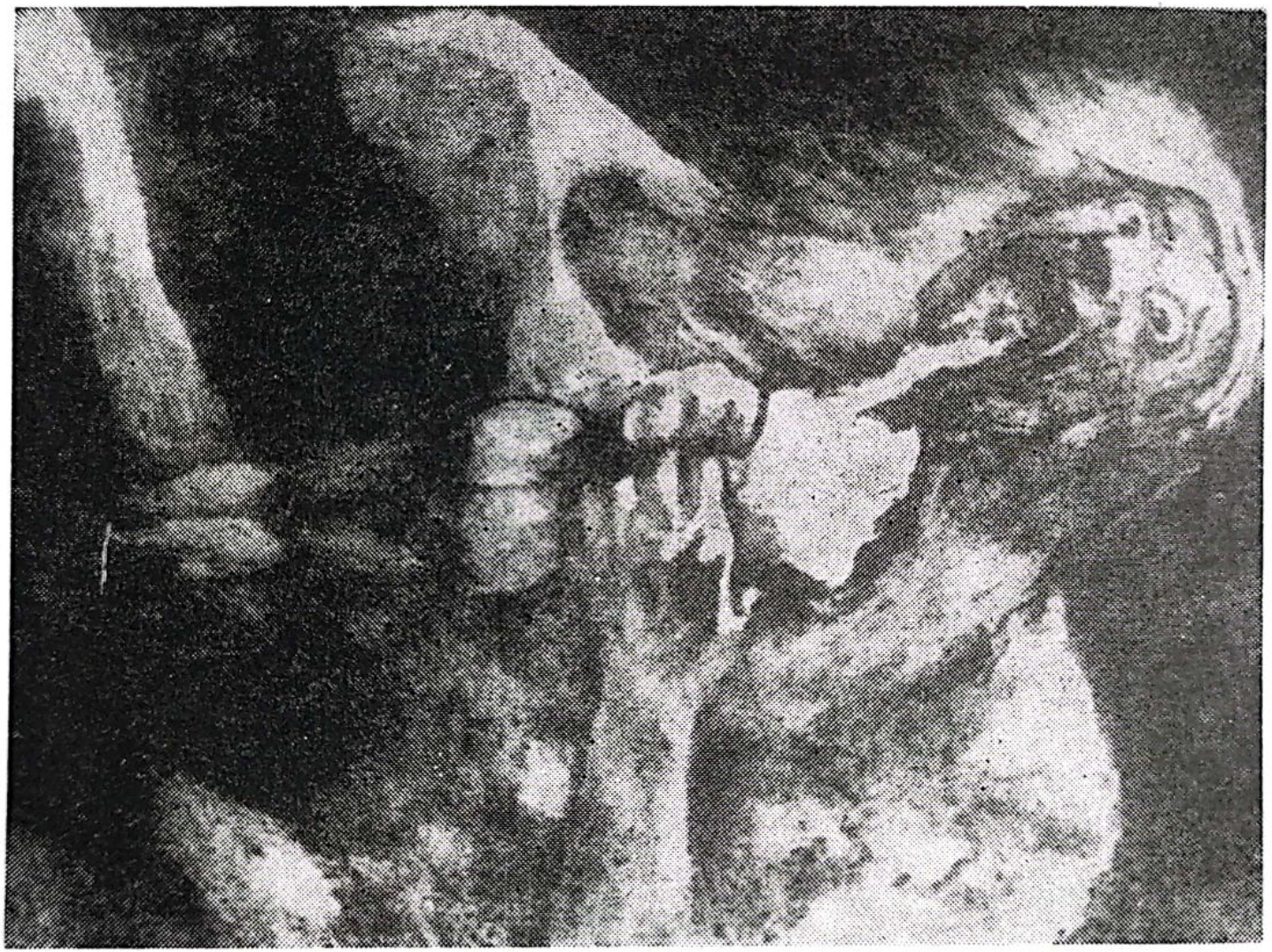
modalitatea unei vederi dinamice de ansamblu, dezvoltată în spiritul tradițional determinist-științific și umanist al școlii de la „Socola" și al psihologiei românești în general.

Scanned with CamScanner

Francisco José Goya : „Saturn devorîndu-și copiii" 1820„
(pictură murală din „Casa surdului")

„Goya descoperă că... arta însăși e cea care face din artist rivalul zeilor... nu spre Dumnezeu bîjbîie el, ci spre o sacralitate anterioară și fără mîntuire, spre veșnicul Saturn.
André Malraux : *Saturne — essai sur Goya*, 1950

Scanned with CamScanner

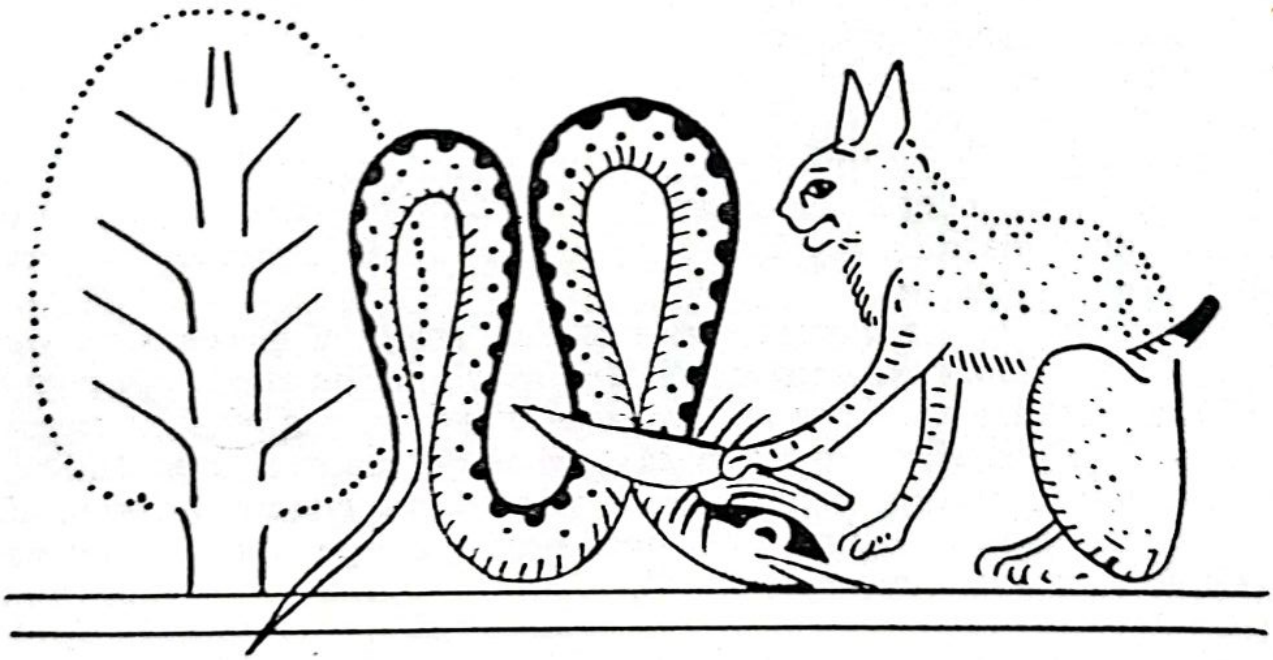


Scanned with CamScanner

FÎNTÎNARU · NECULAI ·

Se-nalță Ra și Ureus pe fruntea-i se-ncruntă.
Cătînd la celălalt șarpe de sub pămînt ivit...
Și capu-ntr-o clipită i l-a retezat
Cu ăst cuțit ce-n mîna lui Mafedet s-a aflat.

Textele piramidelor *



Deși psihiatria mai comportă multe necunoscute și neînțelegeri, în aceeași măsură este evident și faptul că în cuprinsul acestei discipline medicale de frontieră germinează mereu ideile acelor științe despre lume, om și viață care, prin sinteza lor, vizează apărarea și promovarea sănătății mintale.

---

* Apud M. E. Matie: *Miturile Egiptului antic*. Trad., Ed. Șt., București, 1958.

Scanned with CamScanner

Angajîndu-ne în enunțarea particularităților terapiei psihiatrice și aspirînd la menținerea unei cadențe peste inegalitățile itinerarului, vom tenta în continuare la reprezentarea perspectivelor prin contemplarea retrospectivelor.

Privind, de pildă, herbul medicinii cu al său șarpe ataractizat de înțeleptul Asclepio, nu este posibil să uităm simbolul suferinței pe care îl prefigurează grupul statuar al mitului Laocoon, așa cum l-au văzut Agesandros, Polydoros și Athenodoros în sincretismul lor elenistic și, cu atît mai mult, semnificația genezică pe care i-o acordă El Greco în viziunea succesiunii generațiilor.

Este vorba, în fond, despre simbolismul aceluiași „Hasatan" care se insinuează falic din străfunduri preistorice prin cultura sumero-egiptiană, ispitind și fecundînd ca și „Satan" al vechilor hebrei, după cum îmbolnăvește de moarte cu veninul său pe însuși venerabilul Ra, părintele tuturor zeilor, sau resuscitează prin leacurile naturii însorite, la izvorul cărora același șarpe i-a călăuzit pe eroicul Ghilgameș sau pe Asclepio demiurgul-părinte al medicinii cu ale sale complicate ipostaze *.

Din comuniunea unor asemenea Simboluri și Tabu-uri s-au conturat ritualuri prin care se căuta ca intrusul să fie „atras" să părăsească posedatul, generînd astfel procedurile psihoterapiei de mai tîrziu, după cum din ritualurile aspre de „fugărire" și „eliberare" s-au dezvoltat apoi procedurile bioterapice, „cuvîntul" rămînînd totuși peste timpuri primul alinător al oricărei suferințe omenești.

Se cuvine deci a pomeni, în primul rînd, despre psihoterapie, înțeleasă de la început ca expresie a unității organismului, despre care făceau deja o anumită referire discipolii lui Zamolxe, cu peste trei milenii în urmă :

Zamolxis, regele nostru, care e și zeu, spune că precum nu trebuie să încercăm a vindeca ochii fără să vindecăm mai întîi capul, ori capul fără trup, tot așa nu se poate să încercăm a vindeca trupul fără să îngrijim și de suflet și că tocmai de aceea sînt multe boli la care nu se pricep medicii greci, fiindcă nu cunosc întregul de care ar trebui să se ocupe. Căci dacă acesta merge rău, este cu neputință ca partea să meargă bine **.

---

* Mitologiile tuturor popoarelor cuprind largi referințe despre complexa reprezentare a șarpelui, atît ca potrivnic cît și în chip de protector al naturii și omului.

** Platon : *Charmides* (Apud V. Pîrvan : *Getica).*

Scanned with CamScanner

Despre psihoterapie și procedurile sale

FINTINARU · NECULAI ·

Psihoterapia, ca noțiune de cea mai largă uzanță, se referă la raporturile individuale sau de grup prin care se urmărește în mod explicit influențarea favorabilă pe cale ideo-afectivă a suferințelor psihice sau fizice.

„Harpistul orb" (Muzeum van Oudheden, Leiden)

Stelă funerară pe mormîntul din Paatenembeh, mileniul III î.e.n.

Cîmpul psihoterapiei se întinde de la reacțiile de întrajutorare instinctuală în cadrul unui grup de congeneri (ale căror rudimente le întîlnim și în lumea animală), pînă la relațiile de susținere moral-, socială sau de inducție psihologică și procedurile medicale strict diferențiate *.

---

* Datele ce urmează doresc doar să contribuie la realizarea unei viziuni asupra proiecției interrelațiilor bio-psiho-sociale prin care s-a ajuns la metodologia psihoterapiei contemporane și despre care G. Ionescu a publicat un studiu orientativ intitulat *Introducere în psihologia medicală*, Ed. Științifică, București, 1973.

Scanned with CamScanner

Psihoterapia arhaică

Influența favorabilă pe care poate să o exercite stimularea ideo-afectivă a suferindului, constituie prima treaptă de observație psihologică cu aplicație medicală, adică baza psihoterapiei emoționale arhaice.

Terapia emoțională arhaică își exercita efectele benefice atît prin întrajutorarea fizică directă a suferindului, cît și prin efectuarea unor ritualuri constînd în prezentarea de ofrande, cîntece, descîntece și travestiuri care să determine pe instrusul supranatural să-l părăsească pe bolnav, ritualuri cărora li se asocia eventual balneația și administrarea de plante cu acțiune sedativă sau excitantă. În acest sens mitologia greacă vorbește de fiica regelui Pretus, care fiind afectată de o disgrațioasă eczemă, atribuită răzbunării Junonei, a fost vindecată de ciobanul Melanpeu cu ajutorul heleborului („iarba nebunilor"), balneație și descîntece, cuvîntul „medicamen" păstrînd mult timp semnificația de amestec vrăjit „care ucide sau alungă demonii".

La o etapă de evoluție superioară, „Avestele" lui Zaratustra (întocmite după vechile credințe menținute prin filiația magilor și mu'badanilor ce foloseau scrisul încă din mileniul III î.e.n.), vorbind de medicul „cuțitului" și al „ierburilor", acordă o atenție prioritară medicului „Sazegar", adică acela care posedă arta de a vindeca sufletul prin cuvîntul blînd :

> *Dacă trei medici sînt în rivalitate pentru îngrijirea unui bolnav, medicul cuțitului, medicul ierburilor și medicul cuvîntului sacru, adevăratul credincios să aleagă pe acela care vindecă cu cuvîntul sacru, căci acela este vindecătorul sufletului.*

Ca element mediator al terapiei emoționale și apoi ca factor psihoterapic explicit utilizat, din toate izvoarele istoriei omenirii se desprinde rolul deosebit care se acorda în vechime muzicii, așa cum mărturisesc de pildă imaginile plastice ale harpistului orb, datînd din milenul III î.e.n., sau textele biblice contemporane acelor timpuri :

> *Iar cînd duhul cel trimis de Dumnezeu era peste Saul, David luînd harpa, cînta și lui Saul îi era mai ușor și mai bine și duhul cel rău se depărta de el.*
>
> Cartea Regilor

Analiza efectului terapeutic pe care îl exercită muzica asupra tulburărilor psihice apare totuși tîrziu și anume în studiile lui Aristotel, care o încorporează alături de teatru între mijloacele cu efect catartic „catharsin", adică de „purgare a pasiunilor". Detaliind efec-

Scanned with CamScanner

tele sale „homeopatice", promotorul psihofiziologiei descrie în *Poetica* efectele provocate de „muzica etică" executată la liră, „favorabilă educației"; muzica „practică" sau „cîntecul de acțiune" și muzica catartică propriu-zisă sau „cîntecul de entuziasm" (executat din flaut de profesioniști, după moda frigiană, cu un dozaj precis, în condițiile exorcismului orgiac („exorgiazein"). După cum constată Aristotel, sub influența muzicii catartice, ascultată în condiții rituale „care transpune sufletul în transă", se produce o revenire la normal a „deliranților și exaltaților demonopați", cît și a celor cuprinși de „milă" sau de „spaimă", „ca și cum ar fi luat un remediu sau un purgativ, experiența respectivă constituind de fapt pentru toți participanții o ușurare cu senzația de plăcere".

Spre deosebire de psihoterapia emoțională empirică, concomitent cu organizarea castelor sacerdotale s-a ajuns la diferențierea „psihoterapiei miraculoase", care se aplica organizat în temple anume închinate unor zeități, vindecările obținute contribuind astfel la consolidarea credinței.

Procedurile psihoterapiei miraculoase antice sînt ilustrate, între alte izvoare, și de o stelă egipteană datînd din secolul XIII î.e.n., care povestește despre vindecarea unei prințese asiatice prin mijlocirea zeului Chonsu (zeitate care simboliza luna — astru considerat că ar influența psihozele periodice și apariția crizelor epileptice).

Terapeutica miraculoasă folosea proceduri pe cît posibil mai impresionante, în vederea creării tensiunii emoționale. În acest scop, egiptenii recurgeau, sub un strict secret, la proiectarea imaginii unei statui plasată pe terasa templului, care apărea în incintă inversată și înconjurată de aureolă, „Misterul" unor asemenea „revelații inversate" avînd referire și în textele biblice (Exodul) *.

Din civilizația lumii antice a rămas celebru prin procedurile sale psihoterapice templul lui Asclepio din Epidaur. Bolnavul ajuns la Epidaur, adesea după o lungă și grea călătorie, după ce își depunea la intrarea templului darurile, era primit să se scalde la fîntîna purificatoare. Apoi i se admitea să rămînă cîteva nopți sub porticurile templului, fiind menținut într-o stare de tensiune afectivă prin rugăciuni colective și mărturisiri, după care abia obținea permisiunea de a intra în templu. La intrare, unii dintre asclepeiazi (preoți-medici) îl conduceau, alții îl examinau, alții se rugau zeului a cărui statuie trona misterioasă în clar-obscurul sălii, alții îi explicau tratamentul indicat de zei și, în sfîrșit, contabilii primeau valorile predate de client.

---

* Fenomenul „proiecției mistice" a fost „redescoperit" de catolici abia în secolul al XIII-lea și a fost demascat public de Roger Bacon, faptă care a contribuit, între alte „erezii", la îndelungata lui inclaustrare.

Scanned with CamScanner

În Asclepeioanele greceşti nu se folosea totuşi numai psihoterapia miraculoasă, ci se aplicau şi cure dietetice, exerciţii fizice recuperatorii şi intervenţii chirurgicale, după cum se indica şi vizionarea de spectacole în teatre anume construite.

În acest scop terapeutic complex, asclepeioanele erau amplasate pe înălţimi împădurite, cu o climă agreabilă şi izvoare minerale, numărul lor fiind la începutul erei noastre în jur de 300. Dintre anticele asclepeioane au rămas celebre cele din Epidaur, Pergam, Cnidia, Cirene, datorită şcolilor medicale ce s-au dezvoltat în cuprinsul lor, pe deasupra tuturor strălucind şcoala din Cos, unde a profesat ilustrul Hipocrate.

*

În evul mediu psihoterapia miraculoasă manifesta o excesivă uzanţă taumaturgică, datorită răspîndirii dogmei despre „păcat" drept cauză a bolilor mintale şi a vindecării lor prin mijlocirea credinţei, indiferent dacă vindecarea survenea prin atingerea cu mîna, exercitată de regii Franţei, prin forţa sugestivă a sfinţilor, a izvoarelor sau a icoanelor „făcătoare de minuni".

Spre deosebire de efectele miraculoase obţinute taumaturgic prin forţa sugestivă a credinţei, medicii medievali foloseau în mod explicit procedura şocului emoţional, psihoterapia mediată prin intermediul unor agenţi placebo, sau prin confesiune catartică. Astfel, de pildă, literatura persană redă un pitoresc exemplu de procedură psihoterapică prin şoc emoţional atribuită renumitului medic iranian Rhazes, care l-a vindecat pe prinţul Nasre afectat de o persistentă depresie afectivă :

Rămas singur cu bolnavul, după ce îl dezbrăcă să-l examineze, îi administră o poţiune oarecare şi apoi i se adresă cu un ton violent :

Mi-ai poruncit să te îngrijesc. Aş putea să mă răzbun !

Prinţul, stupefiat, uită de el însuşi şi se ridică în picioare. Atunci Rhazes se prefăcu că-l loveşte. Iritat peste fire, prinţul, aşa gol cum se afla, se năpusti după medic pînă în mijlocul curţii, spumegînd de furie că nu-l mai poate prinde, deoarece acesta dispăruse pe calul dinainte pregătit. Cu această ocazie prinţul se făcu sănătos, uitînd de plictiseala care îl toropea.

Rhazes îi scrise apoi prinţului din locuri îndepărtate cerîndu-i scuze pentru procedeul ce-l aplicase, explicîndu-i că a trebuit să-l forţeze „printr-un mijloc natural" ca să-l poată vindeca.

Multitudinea exemplelor terapeutice obţinute prin intermediul trăirilor emoţionale abundă şi în epoca Renaşterii, ca în cazul „scoaterii pietrelor din cap" sau a „dansului sfîntului Ion", situaţii atît

Scanned with CamScanner

de plastic satirizate în grafica lui Pieter Bruegel „Bătrînul", pentru naivitatea care le genera, relevînd în același timp și forța pe care o conferă credința gestului terapeutic, credință care nu este totdeauna numai de natură mistică sau religioasă.

Iată pelerinii cari în ziua sfîntului Ion trebuie să danseze la Muelebek aproape de Bruxelles; cînd ei au dansat sau sărit într-un picior, ei s-au vindecat de boala sfîntului Ion timp de un an de zile.

Pieter Bruegel, 1569

Scanned with CamScanner

Psihoterapia izvorîtă din procedurile sugestive sau hipnotice

Mesmerismul sau „magnetismul animal"

> *Datorită mesmerismului ne vedem siliți, pentru prima oară, să cercetăm fenomene de concentrare și destindere, de oboseală, atenție, hipnoză și simulare, oarecum și crizele nervoase care, toate laolaltă, constituie psihologia modernă.*
>
> P. Janet, 1920

În mult frămîntata perioadă premergătoare revoluției franceze, un interes deosebit l-a provocat vindecarea „nevropaților" prin procedura „magnetismului animal", descoperită de Mesmer, precursorul psihoterapiei contemporane.

Frantz Anton Mesmer (1734—1815), personaj semilegendar, admirat ca un zeu și hulit ca un șarlatan, a fost dotat cu o mare putere de muncă și dorință de a cunoaște, fapt pentru care, după ce obține titlul de doctor în teologie și filozofie la universitatea din Ingolstad (Bavaria), își continuă cu aceeași perseverență studiile la Viena, unde mai obține și titlurile de doctor în drept și medicină.

Pentru obținerea titlului de doctor în medicină, Mesmer a susținut, în 1766, teza intitulată *De planetarum influxu* unde se preocupă de o manieră obscură despre *gravitas universalis*, adică despre „acel fluid care revărsat prin spații cerești influențează substanța lăuntrică a oricărei materii, eterul primordial, fluidul misterios care străbate întregul cosmos, deci și pe om, influențîndu-i sănătatea".

Stabilit în Viena — după cum relatează excelentul său biograf Stefan Zweig — datorită căsătoriei cu o văduvă bogată, Mesmer duce o viață tihnită, de mecena al artei și științei, pînă în ziua cînd prietenul său, astronomul P. Hell, îl informează despre vindecarea miraculoasă a unei doamne cuprinsă de colici, cu ajutorul unui magnet pe care el îl construise corespunzător indicațiilor date de bolnava respectivă. Relatarea acestei vindecări miraculoase redeșteptă în mintea lui Mesmer vechea preocupare ascunsă pentru „gravitas universalis", determinîndu-l să se dedice, cu perseverența sa caracteristică, studiului „magnetoterapiei" prin care aspira să realizeze „o apropiere între astronomie și medicină".

Aureolat de faima omului de știință, respectat și invidiat de burghezie pentru palatul său din Landstrasse 261 (unde se dădeau valoroase concerte în primă audiție — însuși tînărul Mozart beneficiase de protecția sa) și înarmat în plus cu o misterioasă „baghetă

Scanned with CamScanner

magnetică“ *, Mesmer obține vindecări răsunătoare în cazul unor tulburări funcționale, succese care i-au adus, în 1775, primirea în Academia din Berlin.

Această iluzorie „magnetoterapie“, însă cu efecte sugestive atît de spectaculoase, era considerată — în mod surprinzător — de Mesmer ca un fenomen pur fizic și în consecință „magnetizează“ totul în casa și grădina sa, spre a-și întări efectele terapeutice, inclusiv bazinul cu pește și armoniumul de sticlă anume construit.

Dacă pînă aici „Corpul medical“ vienez îl tolerase pe neobișnuitul lor coleg, în momentul cînd acesta ajunge să afirme că aceleași efecte extraordinare le poate obține direct și prin „fluidul său personal pe care îl introduce în persoana suferindă“ (moment care concide și cu un scandal produs de controversele iscate în legătură cu vindecarea dubioasă a unei tinere oarbe care mai era și fina împărătesei), „Corpul“ îl acuză de șarlatanie și imoralitate.

Ca urmare acestei situații confuze, Mesmer se stabilește la Paris, unde publică, în 1779, o broșură-manifest intitulată *Tratat cu privire la descoperirea unui principiu material universal capabil de a vindeca bolile prin mijlocirea sistemului nervos,* principiu pe care, „prin analogie cu efectele magnetului mineral“, îl denumește *Magnetismul animal.*

Ancestrala procedură psihoterapică prin stimulare emoțională, „scientizată“ și popularizată de către Mesmer sub formula misterioasă a magnetismului animal, a fost primită cu entuziasm frenetic de mulțimea pariziană, care mai avea încă proaspătă în amintire credința exorcizării diavolilor și se mai lăsa încă cuprinsă de convulsii vindecătoare la mormîntul unui arhidiacon din cimitirul Sfîntului Médard.

Magnetizarea cu ajutorul „fluidului personal“, se desfășura după aceeași procedură care se folosește și în prezent în cadrul hipnotismului.

„Magnetizorul“, plasat cu spatele spre steaua polară, adică în „fluxul fluidului astral“, fixa susținut pacientul cu privirea, din apropiere, ochi în ochi, genunchi între genunchi, mîinile subiectului odihnind în palmele magnetizorului. Urma apoi aplicarea „paselor“ (atingeri ușoare și fricțiuni) descendente „en grands courants“, de la cap spre membre și bazin, în scopul de a „introduce fluidul în organismul bolnavului“, procedura continuînd pînă la apariția „crizei nervoase“, constînd într-o agitație convulsivă. Starea de toropeală sau de somnolență letargică ce apărea uneori în cursul magnetizării

---

* Efectele fizice deosebite ale magnetului (cărula Flavio Gioya îi dăduse o aplicație epocală încă din secolul XIII construind busola) erau considerate deja de medicii evului mediu drept *expresia unui principiu universal, suveran al tuturor tainelor, cu efecte vindecătoare extraordinare, dacă știi cum să le aplici* (Paracelsus).

Scanned with CamScanner

era combătută de Mesmer, deoarece el considera că numai convulsiile constituie semnul cert al vindecării, în sensul unei saturații cu fluid magnetic animal.

În scopul aplicării metodei sale de „tratament magnetic" în grup (devenit necesar prin numărul mare de solicitanți încă de la Viena), Mesmer transformă hotelul Bullion din piața Bursei într-un luxos templu ezoteric pentru nevropații înaltei societăți pariziene. În holul acestui palat silențios, trona în clar-obscur celebrul „baquet" (o putină cu sticle umplute cu „apă sulfuroasă magnetizată", aranjate radial în jurul unei bare de oțel, de la care porneau vîrfuri mobile metalice, în scopul ca pacienții să primească „fluidul magnetic concentrat"). În jurul acestui „ciubăr de sănătate", credincioșii mesmeriști erau aranjați în rînduri concentrice, ținîndu-se de mîini în deplină tăcere încordată, așteptînd timp de ore declanșarea crizei magnetice vindecătoare. „Criza" se declanșa în lanț, începînd de regulă cu o femeie sensibilă, la izbucnirea neașteptată a unei melodioase muzici de armonium ce însoțea apariția ciudatului taumaturg învești mîntat în mătase liliachie care, înconjurat de asistenți, se apropia de pacienți cu pași rari, fixîndu-i cu privirea și atingîndu-i cu misterioasa baghetă „magnetizată" *. Dacă criza depășea anumite limite, persoana în cauză era transportată de tinerii asistenți în săli capitonate spre a se zbate „fără pericol de vătămare", procedură care a furnizat subiectul a numeroase aluzii și pamflete scandaloase din partea antimesmeriștilor, în timp ce mesmeriștii se organizau în tot mai numeroase confrerii.

Pe deplin convins de realitatea „magnetismului animal", Mesmer cere tot mai perseverent ca forurile științifice oficiale să-i confirme descoperirea, și întrucît insistențele sale s-au soldat în cele din urmă cu un aspru avertisment de radiere din corpul medical dacă nu se va corija, părăsește ostentativ Parisul, retrăgîndu-se la băile din Spa, spre deznădejdea entuziaștilor susținători **. Se reîntoarce însă la scurt timp aureolat de apoteoza sa taumaturgică *** și sub presiunea mesmeriștilor, în frunte cu Maria Antoaneta, Facultatea de medicină și Academia franceză se decid în cele din urmă — la indicația scepticului Ludovic XVI — să numească, în 1784, două comisii de anchetă care să întocmească cîte un raport independent. Comisiile respective, din care făceau parte și personalități de seamă

---

* Acceptînd ca reală buna credință a lui Mesmer despre natura fizică a „fluidului animal" (cîmpul electromagnetic al corpului animal în prezent este științific demonstrat), nu este totuși mai puțin frapantă preocuparea sa evident deliberată pentru crearea unei anumite „atmosfere" de inducție sugestivă, situație pe care o respingea totuși în discuțiile sale științifice.

** Căutînd să-l convingă să rămînă în Franța, guvernul îi oferise lui Mesmer respectabila pensie viageră de 80.000 livre anual.

*** Reîntoarcerea a fost condiționată între altele și de extravaganta sumă de 10.000 ludovici aur (240.000 livre) pe care i-au pus-o la dispoziție discipolii dornici să le țină un curs despre secretul fluidului său personal.

Scanned with CamScanner

ca Bailly, Franklin, Lavoisier etc., ajung la concluzia că fenomenele de „criză“ nu sînt determinate de un fluid fizic, ci de „imaginația“ ce o crează ambianța și personalitatea magnetizorului („l'imagination fait tout, le magnétism est nul“), al doilea raport (secret) stig-

„fluid“ sau imaginație“ ?

matizînd în plus practica magnetismului ca „un pericol pentru bunele moravuri“ ****.

Jignit de concluziile forurilor academice (concluzii la care spiritualul doctor Deslon a replicat cu butada „dacă medicina imaginației este cea mai bună, de ce să nu facem medicina imaginației“), orgoliosul Mesmer părăsește definitiv Franța. Magnetizorii, la rîndul lor, împrăștiați de revoluție, se răspîndesc și ei în întreaga lume ducînd peste tot arta „magnetismului animal“, iar uitarea acoperi repede agitația produsă de tulburătorul taumaturg.

În 1812, Academia din Berlin își reamintește totuși de Mesmer și hotărăște să-l reabiliteze. Cu această ocazie profesorul Wolfart, care îl vizitează în cantonul Frauenfeld din Elveția unde se stabilise încă din timpul revoluției, îl descrie de o manieră impresionantă pe vizionarul hipnoterapiei moderne, „dotat cu miraculoasa lui putere de sugestie asupra bolnavilor datorită privirii sale pă-

---

**** Apud A. Binet et Ch. Féré : *Le magnétisme animal.* Ed. Alcan, Paris, 1890.

Scanned with CamScanner

trunzătoare și a mîinii sale ridicate în tăcere, care era sporită și de chipul său venerabil".

Cu toate insistențele depuse de Wolfart, în numele Academiei berlineze, Mesmer refuză glorioasele propuneri, „acest om ciudat care a străbătut toate fazele gloriei, ale urii, ale bogăției, ale sărăciei, în cele din urmă ale uitării" *, dîndu-și obștescul sfîrșit la 5 martie 1814 la Meersburg.

Somnambulismul provocat („somnul lucid")

Printre adepții lui Mesmer se afla și marchizul du Puységur care, retrăgîndu-se în provincie în condițiile revoluției, a continuat să trateze pe localnici după metoda maestrului.

„Magnetizînd" pe un tînăr țăran în vîrstă de 23 ani, afectat de o congestie pulmonară, acesta, în loc să prezinte fenomene convulsive ca istericele pariziene, a adormit liniștit. Spre surpriza lui Puységur, țăranul adormit, care era „netot din fire", se dovedi în acest somn neobișnuit de o „inteligență profundă", intuind și executînd ordinele ce le gîndea magnetizorul, modificîndu-și comportarea în raport cu sentimentele sugerate și, mai mult decît atît, ajungînd să-și indice singur „tratamentul necesar bolii sale"... În această stare subiectul nu auzea decît vocea magnetizorului și trezindu-se la ordinul acestuia, se arătă a nu-și aminti nimic din ce se întîmplase cu dînsul, declarîndu-se totodată vindecat de suferința sa.

Vestea acestei vindecări miraculoase se răspîndi repede în împrejurimi, Puységur fiind asaltat, ca pe vremuri Mesmer la Paris, de cei dornici să fie tratați prin această stare neobișnuită (despre care Puységur spune în memoriile sale că a fost cunoscută și de maestrul său) și pe care o denumi *Somnambulism provocat prin actul magnetic* *.

În scrierile sale, Puységur, ca și alți „magnetizori" din epoca respectivă, se arată impresionat îndeosebi de capacitatea „somnambulului" de a citi gîndul magnetizorului fără nici o comunicare materială, de a-și vedea „boala" proprie sau de a o „diagnostica" la alți suferinzi, de a prevede viitorul (capacitate pe care o denumi „Presentație"), deschizînd astfel „era" modernă a divinației, telepatiei și spiritismului, denumite mai pretențios „științe oculte" sau fenomene „metapsihologice" și în ultimul timp „parapsihologie" (PSI).

Față de asemenea situații, care aveau darul să aprindă în primul rînd interesul medicilor și psihologilor, forurile științifice erau obligate să se pronunțe totuși asupra existenței sau inexistenței acestor fenomene psihofiziologice neobișnuite, indiferent de punctul de vedere „fluidist" sau animist" care se implica contradictoriu

---

* Apud St. Zweig : *Mesmer, Marie Backer Edy, Freud.*

* A. J. Marc Chastenet de Puységur : *Mémoires pour servir à l'histoire du magnétisme animal,* 1784 ; etc.

Scanned with CamScanner

în explicarea lor. Și astfel, Academia franceză de științe se vede din nou nevoită să procedeze la verificarea autenticității „somnambulismului", după ce, în 1784, respinsese „magnetismul animal" din care derivase.

Pentru acest scop, Academia îl nominalizează, în 1825, pe Husson să constituie o comisie care, abia în 1831, ajunge la următoarele concluzii :

> *Considerat ca agent al fenomenelor fiziologice sau ca mijloc terapeutic, magnetismul trebuie să-și găsească locul său în cadrul cunoștințelor medicale...*
>
> *Academia trebuie să încurajeze cercetările asupra magnetismului, ca o ramură foarte curioasă a psihologiei și a istoriei naturale.*

Academia se arătă totuși sceptică față de concluziile lui Husson și dispune o nouă comisie care, prin raportorul său Dubois, ajunge, în 1837, la concluzii total negative.

În sfîrșit, Vaticanul, sensibilizat de tendințele de infiltrare „fluidistă" în teritoriul credinței, emite, în 1856, o enciclică împotriva magnetismului, pe care îl condamnă ca erezie.

„Magnetismul somnambulic" interpretat ca efect al fascinației (braidismul sau „hipnotismul")

Mecanismul de producere a stării psihofiziologice particulare denumită de Mesmer „magnetism animal", de Puységur „somnambulism provocat" și de Abbé „somn lucid", a fost considerat de Braid că ar consta într-un „somn nervos" provocat „prin concentrarea fixă a ochiului mintal și vizual asupra unui obiect, care nu este prin el însuși excitant".

Doctorul James Braid, chirurg din Manchester, asistînd, în noiembrie 1841, la o demonstrație de „somnambulism" efectuată de magnetizorul elvețian M. Lafontaine, remarcă imposibilitatea subiectului de a deschide pleoapele și ajunge la părerea că „starea denumită somnambulism ar fi un somn nervos determinat de epuizarea centrilor nervoși prin fixarea privirii".

Căutînd să-și susțină punctul de vedere asupra naturii fascinatorii a „magnetismului somnambulic", Braid îl solicită pe prietenul său M. Walker, la sfîrșitul mesei ce a urmat după spectacol, să privească fix gîtul unei sticle de vin astfel așezată deasupra capului încît să provoace un efort de convergență oculară și...

> *În trei minute pleoapele i se închiseră, un val de lacrimi se scurseră pe obrajii săi, capul i se înclină, figura i se contractă ușor, scoase un geamăt și într-o clipă căzu într-un somn profund... despre care nu-și aminti nimic atunci cînd fu trezit.*

Aceeași experiență o repetă, tot atunci, cu soția și apoi cu alte persoane, obținînd aceleași rezultate prin fixarea privirii asupra unui obiect și atenției asupra ideii de a dormi.

Scanned with CamScanner

Rezultatele obținute îl determină pe Braid să ajungă la concluzia că starea particulară, denumită „magnetism animal", nu presupune existența unei „influențe fluidice", starea respectivă fiind de-

Hipnotizarea prin fixarea unui obiect strălucitor, arată că „persoana hipnotizorului este indiferentă" :

Grasset și Rauzier, 1893

terminată de *un exces de oboseală care se dezvoltă în creier și în tot sistemul nervos*, stare particulară ce o numește *somn nervos sau hipnotism, iar „știința care se ocupă de acest somn nervos"* a denumit-o *neurohipnologie sau prescurtat hipnologie* *.

---

* James Braid : *Neuroypnology ; or the rationale of nervous sleep, considered in realation with animal magnetism. Ilustrated by noumerous case of its successul application in the relief and cure of disease.* Ed. John Churchill, London, 1843. (Trad. franceză, J. Simon : *Neuroypnologie ; Traité du Sommeil Nerveux ou Hypnotisme*, Paris, 1885).

Interpretarea lui Braid referitor la rolul fixității privirii și a gîndirii în generarea hipnozei, aduce o explicație psihofiziologică plauzibilă și în cazul stărilor autohipnotice pe care și le provoacă yoghiștii prin contemplare abstractă, sau în cazul cenobiților prin fixarea ombilicului, cît și a fenomenelor cataleptice provocate la animale prin stimulări senzoriale neobișnuite.

Scanned with CamScanner

După descoperirea lui Braid, privind rolul fixării privirii în provocarea hipnozei, s-a înrădăcinat convingerea că această stare nu ar fi posibilă în afara fascinației, deși învîrtirea dervișilor, suflarea fără oprire în buciume, zgomotul neașteptat de gong, muzica și dansul frenetic, constituiau proceduri prea bine cunoscute spre a nu fi luate în seamă. Fascinația constituie totuși procedeul clasic (încă de la Mesmer) de provocare a hipnozei, rămînînd totodată în istoria hipnotismului întîmplarea încrezutului Clovis Hugues care, sub forța privirii hipnotizorului Donato, a fost obligat să îngenunche în stradă cu toată împotrivirea sa și spre hazul copios al spectatorilor adunați pe bulevardul Capucinilor din Paris.

Hipnotismul, ignorat în Anglia, devine cunoscut în cercurile medicale franceze și apoi în restul lumii, începînd cu decada VI-a a secolului XIX, datorită anesteziei chirurgicale obținute prin hipnoză de către Azam, Broca, Follin, Velepeau, Gérineau etc. *.

Mișcarea în favoarea analgeziei hipnotice este însă repede părăsită datorită unor insuccese flagrante, chirurgii învățînd la rîndul lor ceea ce psihiatri ca Georget, Morel, Lasègue, Liébault arătaseră deja, și anume că somnambulismul (respectiv hipnotismul), se dezvoltă variabil de la un individ la altul. În aceste condiții, procedurile hipnotice sînt părăsite în favoarea anesteziceior generale atunci descoperite însă infinit mai eficace, preocupările pentru hipnotism virînd astfel integral în cîmpul psihoterapiei și al psihofiziologiei.

Hipnotismul interpretat ca efect al sugestibilității

Rolul sugestiei în producerea hipnozei fusese relevat încă din 1813 de către taumaturgul indian Faria care obținea, în cadrul unor spectacole la Paris, starea de transă somnambulică prin simpla comandă fermă de a dormi — stare pe care o denumea somn lucid, demonstrînd astfel, după propria sa afirmație, că somnambulismul se află în însăși persoana respectivă și nu în magnetizor.

Bertand afirma apoi, în 1820, în cursul său despre *Magnetismul animal*, că „somnambulismul artificial poate fi explicat prin legile imaginației subiectului care adoarme singur pentru că se gîndește să doarmă și se trezește deoarece are ideia trezirii", iar Broca considera de asemenea că „subiectul nu este adormit, ci el însuși adoarme".

În același timp, atît concluziile lui Braid, cît și a numeroși alți clinicieni, remarcă faptul că stările hipnotice se dezvoltă cu predilecție și cu cea mai complexă simptomatologie somnambulică la persoanele cu predispoziție nevropatică și în deosebi la femeile isterice. (Durand de Gros, Liébault, Demarquay, Guiraud-Teulon etc.). De

---

* Asemenea rezultate extraordinare fuseseră comunicate deja, încă în 1829, de Cloquet și Loysel care efectuaseră operații grave, fără durere, sub influența somnambulismului provocat.

Scanned with CamScanner

asemenea, fenomenele „hiperesteziei“ descrisă de Azam în 1859, par a fi în largă măsură asemănătoare cu „transpoziția simțurilor“ descrisă, în 1787, de către Petetin la isterice care „miroseau cu fosa epigastrică și vedeau cu vîrful degetelor“, cît și cu „viziunea“ persoanelor care „simt“ și „ghicesc“ bolile, spontan sau în stare somnambulică.

Asemenea fenomene „hiperestezice“, „metapsihologice“, „telepatice“ sau „divinitorii“, adică „facultatea creierului de a absorbi și transmite gîndurile“, au fost supuse pentru prima oară unei cercetări științifice de către Charles Richet, în 1884. În aceeași perioadă, Binet, Gley și Féré aduc primele date fiziologice privind corelațiile „sugestiei mintale cu hiperestezia neuro-musculară“, din aceste studii rezultînd că cel mai ușor semnal exterior (aparent imperceptibil), este suficient pentru a se stabili contactul între cel care „ghicește gîndul și cel care îl sugerează, corespunzător mișcărilor inconștiente și a raportului cu imaginile lor“. Aceste studii constituie prima treaptă de lansare în domeniul cercetărilor psihofiziologice de „metapsihologie“, care își găsesc acum locul în domeniul parapsihologiei asupra căreia vom reveni în rîndurile ce urmează.

Hipnotismul interpretat ca stare nevrotică, sau „marele hipnotism“ de la Salpêtrière

Datorită insuficienței hipnozei în producerea anesteziei chirurgicale, cît și suspiciunii de simulație sau de credulitate isterică, după 1870 hipnotismul cade în desuetudine, ca și mesmerismul din care derivase. În aceste împrejurări, prof. Jean Charcot și colaboratorii săi de la Salpêtrière (somități ca Bourneville, Brissaud, Paul Richer, Gilles de la Tourette etc.), reactualizează hipnotismul sub ipostaza unei manifestări nevrotice provocată la isterici, produs de cultură iatrogenă care a primit apoi denumirea generică de „marele hipnotism de la Salpêtrière“.

După concepția lui Charcot, hipnotismul s-ar dezvolta într-o ordine precisă, cu semne neurologice caracteristice pentru fiecare etapă în parte :

— *starea letargică* = rezoluție musculară, analgezia pielii și a mucoaselor, exagerarea reflexelor tendinoase și excitabilității neuro-musculare ;

— *starea cataleptică* = fixitatea privirii, imobilitatea membrelor și conservarea atitudinilor ; abolirea reflexelor tendinoase, persistența parțială a activității senzoriale și posibilitatea provocării automatismelor și halucinațiilor diferite ;

— *starea somnambulică* = conservarea tonusului muscular, producerea cu ușurință a unor contracturi difuze sub influența excitațiilor ușoare cutanate, analgezie și sugestibilitate crescută.

Aceste simptome s-ar produce — afirma Charcot — prin fixarea privirii în cazul stării letargice ; letargia s-ar transforma în catalep-

Scanned with CamScanner

sie prin deschiderea ochilor și invers ; ambele stări se transformă în somnambulism prin „fricțiunea vertexului", după cum somnambulismul s-ar transforma în letargie prin compresiunea globilor oculari.

Catalepsia provocată

(Apud iconografia Salpêtrière)

Hipnoza astfel somatizată, sistematizată și patologizată, a fost admisă de Academia franceză de științe ca o realitate clinică cu ocazia ședinței din 13 februarie 1883, actul său de naștere fiind consemnat oficial de către Charcot prin comunicarea intitulată *Încercarea unei distincții nosografice a diferitelor stări cuprinse sub numele de hipnotism,* stări pe care aceeași Academie le contestase de 3 ori în decurs de un veac :

> *Este într-adevăr straniu de a constata că Charcot a prezentat la Academia de științe în 1878—1882 așa-zise descoperiri destinate să ruineze definitiv pretențiile magnetizorilor și de a vedea că aceste descoperiri erau însăși preceptele acestor magnetizori cu cincizeci de ani în urmă.*
>
> P. Janet : *La médicine psychologique*

Hipnotismul interpretat ca fenomen al credivității naturale sau „micul hipnotism" de la Nancy.

Concomitent cu dezvoltarea hipnotismului cultivat de Charcot la isterice (care provocase la Paris același tumultuos interes ca pe

Scanned with CamScanner

vremuri magnetismul lui Mesmer), la Nancy se diferențiase în mod silențios „micul hipnotism", adică hipnoza interpretată ca fenomen natural, determinat de sugestie în afara unei simptomatologii nevropatice manifeste.

Dr. Liébault, clinician atent și fin psihoterapeut, bazîndu-se pe observația a 1011 persoane supuse hipnozei, ajunge la concluzia că atît fenomenele fizice (contracțiuni, catalepsie etc), cît și cele de natură mintală, sînt provocate de sugestie : *Somnul și stările analoage, considerate îndeosebi din punct de vedere al acțiunii moralului asupra fizicului, 1866.*

Bernheim, profesor de clinică medicală, Beaunis, profesor de fiziologie și Liégéois, profesor de drept, toți de la universitatea din Nancy, însușindu-și punctul de vedere susținut de Liébault, atacă concentric teoria școlii de la Salpêtrière, arătînd că, deși hipnotismul se dezvoltă cu predilecție la isterici, hipnoza constituie totuși un fenomen normal, care se poate produce la majoritatea oamenilor, drept consecință a *credivității naturale.*

Interesanta bătălie de opinii dintre Școlile de la Salpêtrière și Nancy a dezlănțuit, în perioada 1882—1892, un interes cu totul deosebit pentru hipnotism în întreaga lume, marcat prin nenumărate articole despre tot felul de vindecări posibile și imposibile, studii, tratate, congrese și periodice de „hipnologie", deceniile ce au urmat decantînd apoi semnificațiile psihofiziologiei și a inducțiilor parapsihologice pe care le comportă.

În această ordine de idei, apare de reținut faptul că plecîndu-se de la studiul stărilor hipnotice s-a ajuns la configurarea *parapsihologiei* (PSI) — care prin intermediul tehnicei extraordinare contemporane de investigare — contribuie la demistificarea fenomenelor așa zise „oculte" produse fie în stare de veghe, fie în stare de hipnoză, ca de exemplu : divinația sau precogniția (ghicirea trecutului, viitorului sau a unor fapte și lucruri ascunse), *telepatia* (transmisia la distanță a gîndirii ca mesaj extrasenzorial), *telestezia* (impresia senzorială transmisă la distanță), *telekinezia* (deplasarea unor obiecte prin acțiune mintală) *, vederea extra-retiniană „biointroscopia" (cu ajutorul degetelor sau altor părți ale corpului denumită în trecut *„transpoziția simțurilor")* sau radiestezia (capacitatea de a identifica resurse subterane), spre a denumi doar unele din fenomenele PSI denumite și *meta* — sau *para-psihologice* (care se produc în afara sau alături de activitatea psihică obișnuită).

---

* În ultimii ani a provocat un interes controversat cazul tînărului Uri Geler — studiat de Institutul Standford — despre care se spunea nu numai că ar citi gîndurile ci, mai mult încă, ar și „îndoi" de la distanță obiecte metalice sau ar influența funcționarea unor mecanisme ...chiar și prin intermediul televiziunii.

Scanned with CamScanner

În configurarea acestei noi discipline științifice de frontieră au contribuit solitar sau în echipă complexă de lucru psihologi, medici, psihiatri, fiziologi, fizicieni, matematicieni, remarcîndu-se în primă linie Servadio în Italia, Bendit în Anglia, J. B. Rhine și Riess în America și, în mod cu totul remarcabil, școala sovietică contemporană reprezentată între alții de Vasilievici, Leontovici, Mints, Rebinder, Frank, Naumov, Popova etc. (în fruntea cărora se cuvine a pomeni numele unor iluștri precursori, ca profesorul de neuropsihiatrie Bechterev și celebrul dresor Durov, care au studiat posibilitatea realizării fenomenelor telepatice la animale).

Pe baza studiilor și cercetărilor efectuate, în întreaga lume, se admite astăzi ca o bază acceptabilă de discuție posibilitatea percepției extrasenzoriale, deși această modalitate constituie de fapt o excepție și nu o regulă a comportamentului uman. De asemenea mai rezultă și faptul că fenomenele PSI se datorează activității organismului viu, excluzîndu-se cu certitudine posibilitatea mediumității spiritiste. Astfel, astăzi este bine cunoscut de pildă rolul „creator" al lui Speranția în apariția fenomenelor spiritiste acceptate ca reale de Hașdeu, obnubilat de moartea Iuliei, îndemînarea Florenței Cook în crearea fenomenelor spiritiste pînă în măsura de a-l convinge de realitatea lor pe savantul Crookes (inventatorul tubului catodic), după cum a rămas de pomină talentul unor „mediumi" de profesie ca Valentin ce îl păcălea pe Rochas — administratorul școlii politehnice din Paris — tratîndu-și gambele cu fosfor, Sarak care făcea să încolțească la comandă boabe de grîu (cu ajutorul unui creion scobit), Craddock care simula spectrele luminoase („ectoplasma spiritelor") cu ajutorul unor farfurii tratate cu calciu și stearină, Palladino ce acționa de la distanță platanele unei balanțe (cu ajutorul unui fir invizibil) sau a nostimului Home, mediumul favorit al lui Napoleon III care, cu mîinile prinse în lanțul spiritist, reușea totuși să mîngîie acrobatic obrazul împărătesei... cu degetul de la picior.

Și totuși, excluzîndu-se escrocheria, setea excentrică de celebritate conjugată cu credivitatea excesivă a numeroșilor amatori de ocultism, rămîn elemente certe care pledează în favoarea existenței unor modalități extrasenzoriale de comunicare — este adevărat mai bine exprimate la unele persoane supuse unui antrenament susținut sau în condiții excepționale de viață — modalități parapsihologice ce au fost denumite cel de al VI-lea simț sau fenomene telepatice în general.

Din punct de vedere teoretic cea mai acreditată ipoteză despre cel de al VI-lea simț este cea susținută și de Freud în sensul că telepatia ar exprima o modalitate arhaică prin care indivizii ajungeau să se înțeleagă mutual, modalitate care a fost apoi depășită evolutiv prin dezvoltarea unor mai bune și mai sigure mijloace de comunicare prin intermediul organelor de simț și a capacității umane de a raționa.

Scanned with CamScanner

Admiţîndu-se posibilitatea existenţei unor modalităţi de comunicare extrasenzorială — atestată de numeroase mărturii veridice, deşi de excepţie, din punct de vedere ştiinţific s-au pus următoarele ipoteze de lucru în condiţiile verificării prin intermediul extraordinarei tehnologii de investigare contemporană :

— realizarea experimentală a transmiterii controlate de mesaje extrasenzoriale ;

— identificarea procesualităţii şi a substratului energetic al manifestării lor ;

— modalităţile de folosire a unor asemenea eventuale posibilităţi informaţionale — în cazul cînd ele ar fi posibil să fie manipulate în mod regulat.

Se deduce că asemenea investigaţii ştiinţifice complexe nu pot fi de uz curent atît prin complexitatea tehnologiei de cercetare, cît şi a riscurilor de denaturare pe care le comportă, dacă nu ar fi să se excludă şi secretul de care se poate face caz în anumite condiţii. Şi tocmai un asemenea secret se pare că a amorsat interesul oficial pentru PSI. După cum este bine cunoscut, undele hertziene nu străbat straturile profunde de apă, cît şi existenţa unor zone de tăcere radio în anumite momente ale zborului cosmic. Or, croaziera submarinului atomic Nautilus, efectuată în 1959, a fost însoţită de o ştire senzaţională, transmisă de presa franceză, şi anume că între Nautilus şi uscat s-ar fi realizat o legătură permanentă cu ajutorul telepatiei, ştire care a fost desminţită de amiralitatea SUA. Pe de altă parte, (după afirmaţiile publicitare incluse de Ostrander şi Schroeder în *Psychic discoveries behind the iron curtain*, 1970), cercetătorii sovietici ar fi realizat în aceeaşi perioadă un experiment deosebit de interesant privitor la posibilitatea transmiterii de semnale extrasenzoriale între uscat şi submarine aflate la mare adîncime. Astfel, după afirmaţiile atribuite lui Edward Naumov, o iepuroaică mamă aflată pe uscat cu electrozi implantaţi în creier, ar fi prezentat modificări prompte de potenţiale bioelectrice în fiecare moment cînd la bordul submarinului scufundat la mare adîncime i s-au ucis rînd pe rînd puii. De asemenea, se mai afirmă că între cosmonauţii aflaţi în zbor orbital ar fi posibil să se stabilească semnale telepatice, decodate apoi de o manieră cursivă.

Experimentele ipotetice pomenite mai sus s-au verificat prin control telepatic de certitudine realizat la mari distanţe pe uscat. În acest sens pot fi citate exemplificativ transmiterile telepatice experimentale realizate — sub un riguros control ştiinţific în perioada 1966—1969, între Leningrad şi Moscova (600 km) şi între Moscova şi Novosibirsk (3000 km) de către celebrii Kamenscki şi Nicolaev, şi în America de către parapsihologul Douglas Dean pe distanţa New York — Florida.

Concluziile studiului electroencefalografic, efectuat de echipa Naumov Serghiev-Popova, consemnează că la 1—5 secunde de la începerea transmisiei telepatice ar apare modificări EEG sub forma

Scanned with CamScanner

întăririi activității cerebrale, acestea fiind mai evidente cînd se transmit mesaje mintale de suferință fizică sau emoții negative.

Este interesant de semnalat că transmisiile mintale dintre inductor și percipient (receptor) au putut fi interceptate sau „bruiate" de un al treilea subiect interpus pe „emisie", iar perturbările atmosferice ar distorsiona buna lor desfășurare. Aceste date ne reamintesc de unele tentative de studiu a fenomenelor extrasenzoriale pe care noi le-am realizat la spitalul „Socola" în 1939—1940, sub control de echipă, cu ajutorul unui subiect sensibil transpus în stare de somnambulism hipnotic. Dintre acele experimente atrăgea atenția — în primul rînd — posibilitatea urmăririi la distanță a comportării unei persoane (despre care participanții la experiment nu aveau cunoștință), reactivitatea dureroasă a subiectului la locul unde era plasată înțepătura (la cîțiva centimetri de corpul hipnotizorului) și vizionarea unui „fluid particular" care se degaja numai din corpul unui pacient aflat într-un salon cu mai mulți bolnavi și despre care nici subietcul și nici echipa nu știa că în acele clipe murise.

Datele enunțate sugerează existența unui cîmp energetic (de natură încă neidentificată cu certitudine) care să medieze semnalele extrasenzoriale.

În această privință o animată controversă a provocat *efectul Kirlian* respectiv fotografierea haloului (aureola) unor organisme (sau segmente) vii prin intermediul unei surse de curent de înaltă tensiune și frecvență, și apoi cu procedeul electronografic cu impuls unic elaborat de I. Fl. Dumitrescu. (Acupunctura științifică modernă, ed. Junimea 1977). În sensul afirmării existenței unui cîmp energetic „telesomatic" transmisibil prin orice mediu, ar pleda și experimentele efectuate în S.U.A. de către Cleve Backester (confirmate și de alte laboratoare) după care atunci cînd un grup de mici creveți este ucis, s-ar produce imediat o anumită reacție de alarmă la celelalte ființe aflate în jur (ca plantele de exemplu), reacție care nu poate fi blocată nici de ecranele de plumb. În același sens, al existenței unui cîmp energetic „telesomatic" ca sursă primară a modulării semnalelor extrasenzoriale se înscriu, între altele, și observațiile colectate de psihiatrul Berthold Schwartz — ca și de numeroși psihologi — referitor la suferințele transmise telepatic între copii și părinți, sau a modificărilor spontane de EEG la gemeni. De la aceste observații privind cîmpul de energie telesomatică și pînă la afirmația „corpului de energie pură" influențat de echilibrul cosmic și denumit de Mesmer *de influxu planetarum*, nu mai există decît doar nuanțe de exprimare în raport cu cunoștințele existente la un moment dat.

Desigur că multe alegații în legătură cu fenomenele PSI sînt false, exagerate, sau neavenite și că cercetarea lor complexă necesită o activitate competentă și susținută. În această ordine de idei nu ar fi lipsit de importanță semnalarea faptului că în U.R.S.S. suma

Scanned with CamScanner

anuală alocată cercetărilor în domeniul parapsihologiei este remarcabilă, că în Bulgaria funcționează un *institut de parapsihologie și sugestiologie* condus de profesorul de psihiatrie Lazanov care cuprinde o echipă de 30 cercetători cu laboratoare dotate cu tehnică înaltă, iar în Cehoslovacia funcționează un comitet de coordonare al cercetărilor PSI sub jurisdicția Academiei de științe, comitet prin intermediul căruia s-a realizat primul congres mondial de psihotronică.

De asemenea, în țara noastră, cu o riguroasă tradiție determinist-științifică și o elevată ținută deontologică, în ultimii ani se remarcă dezvoltarea interesului pentru cercetările de parapsihologie aplicată în care se înscrie ca o manifestare de prestigiu organizarea în 1977, a Congresului mondial de acupunctură.

Închizînd aici paranteza PSI, se poate spune că deși telepatia nu va înlocui tehnica telecomunicațiilor, nu este mai puțin adevărat că aprofundarea cunoașterii fenomenelor parapsihologice va deschide noi perspective atît în cunoașterea propriilor noastre resurse cît și în realizarea unor mai subtile posibilități de modelare a tehnologiei contemporane.

Dată fiind importanța sugestiei și persuasiunii în ontogeneza oricărui procedeu psihoterapic, vom încerca să rezumăm principalele trăsături psihofiziologice ale hipnozei, folosindu-ne și de experiența personală.

„Hipnologia" empirică a fost supusă unei minuțioase verificări psihofiziologice în primul rînd prin intermediul reflexelor condiționate, clarificîndu-se astfel atît rolul mecanismelor fundamentale în producerea stadiilor hipnotice, cît și al semnalizării verbale în dezvoltarea acestora.

Cercetările de laborator demonstrează că hipnoza se produce după principiul focarului de excitație dominantă, îndeosebi atunci cînd are loc o excitare bruscă și neobișnuită a mai multor analizori în mod simultan, producîndu-se astfel o dezaferentare a centrilor nervoși, obiectivată clinic prin instalarea bruscă a hipertoniei cataleptice de postură. Acest stadiu postural are o durată scurtă, după care se produce fie reintegrarea senzorio-motorie, fie iradierea inhibiției cu instalarea hipotoniei musculare și intrarea în stare parabiotică ultraparadoxală asemănătoare somnului *.

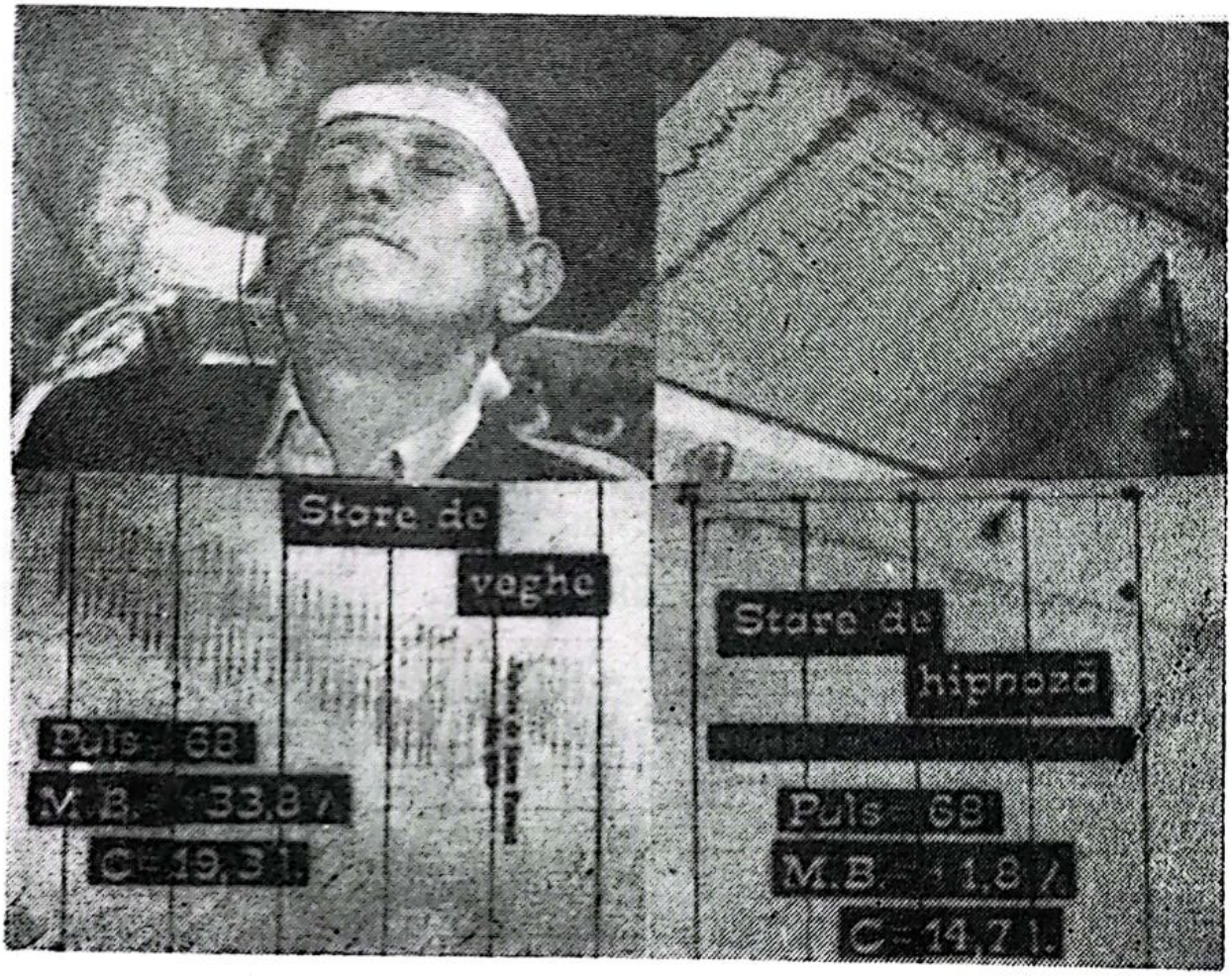
Acest mod acut de producere a hipnozei ar indica semnificația filogenetică a fenomenului de inhibiție externă ca reflex absolut de apărare, deoarece atît în comportarea diferitelor vertebrate cît și a omului, se găsește aceeași schemă de blocare a reflexelor de postură în cazul unei stimulări neobișnuite și cu prioritate în iminența unui pericol vital.

---

* P. Brânzei : *Rolul semnalizării verbale asupra unor reflexe înnăscute.* Rev. Med. Chir. Iași, 1956, nr. 4, pp. 163—173.

Scanned with CamScanner

În condiții de confort și siguranță, aplicarea unor stimuli slabi, cu o anumită frecvență și durată, poate provoca de asemenea hipnoza la mamifere superioare și la om, fără să se mai producă însă efectul inițial cataleptic. În aceste condiții hipnoza se dezvoltă după



Studiul psihofiziologic comparativ privind consumul de energie sub influența ac. nicotinic în stare de veghe și hipnoză, efectuat în laboratoarele din spitalul „Socola".

schema condiționată a relaxării, asemănătoare somnului obișnuit. În același timp, spre deosebire de restul animalelor, *omul poate intra în hipnoză și prin reprezentarea senzațiilor specifice somnului.*

Somnambulismul hipnotic — specific uman — și totodată foarte îndepărtat de somnul fiziologic *, ar reprezenta în planul psihologic (după părerea noastră) capacitatea de abandon, în sensul de supunere pasivă a unuia sau mai multor indivizi pe seama unui inductor care preia conducția, chiar și în măsura instalării unor dezaferentări senzoriale. Această deconectare funcțională prin *transfer de responsa-*

* În cursul hipnozei, indiferent de profunzimea ei, electroencefalograma nu exprimă particularitățile caracteristice somnului, însă uneori se poate normaliza un traseu perturbat funcțional.

Scanned with CamScanner

bilitate, ar exprima — ca principiu al determinismului bio-psiho-social, capacitatea umană de a constitui un întreg prin mai mulți indivizi, dintre care unul păstrează funcții vigile și alții își blochează reactivitatea în mod protectiv. Din acest factor etic de subordonare, rezultă însăși contraindicațiile hipnozei în afara gestului medical. Pe baza aceluiași principiu al „credivității" s-ar înțelege, de asemenea, de ce hipnoza este imposibil sau foarte greu de obținut la idioți sau la bolnavii mintali cu psihoze severe, mai ușor la copii și adolescenți, și de o profunzime remarcabilă la persoanele epuizate, atunci cînd inhibiția corticală de protecție are o deosebită semnificație reparatorie *.

În acest mod s-ar înțelege însuși conținutul reflex condițional al sugestibilității în procesul evoluției umane, cît și posibilitatea unor verificări fiziologice ale valorii cuvîntului ca semnal cortico-cortical. Astfel, de exemplu, s-a obținut și de noi o suficientă dezaferentare a senzației dureroase prin semnalizare verbală hipnotică spre a servi ca agent anestezic, chiar și în timpul actului chirurgical, prin intensificarea unor reprezentări vizuale și auditive.

Senzațiile dureroase intense pot fi blocate pînă în măsura de a nu modifica traseul caracteristic al respirației, în timp ce reprezentarea unei suferințe sau a unei stări repulsive, o modifică în mod caracteristic. Activitatea motorie gastrică se poate modifica, de asemenea, în mod evident, în timpul hipnozei luînd caracterul activității din timpul somnului obișnuit sau al somnului medicamentos, după cum se poate exalta sub influența unei reprezentări repulsive.

Relaxarea musculaturii netede poate fi testată cu certitudine și în cazul hipertensiunii arteriale, simpla inhibiție hipnotică provocînd imediat o scădere manifestă, probabil prin dezaferentarea sistemului reticular activator.

*

Analiza activității reflexelor înnăscute sub influența modificărilor corticale provocate prin sugestie poate oferi informații interesante asupra conținutului perturbărilor funcționale și în consecință asupra diagnosticului diferențial.

De exemplu, un miner contuzionat cerebral, în urma unui suflu de explozie în subteran (unde suferise și arsuri întinse), menținea în

---

* În timpul războiului, un agent de circulație suferă o fractură de humerus cu ruptura arterei. Sub garou este transportat la spitalul cel mai apropiat, unde internul de gardă îi administrează un calmant morfinic și sugestia că va adormi profund și nu va suferi nici o durere, după care este transferat la un spital de chirurgie. Este operat prin dezarticulare de umăr, fără anestezie, abia după circa 3 ore, ca a doua urgență, dînd impresia unei come profunde. Amnezie totală la trezire, care s-a produs după 12 ore.

Scanned with CamScanner

continuare, în decursul anilor, un mutism akinetic. Prin intermediul hipnozei s-a putut demonstra — în această situație — rolul cuvîntului ca semnal cortical în reglarea activității reflexelor înnăscute. Astfel, respirația s-a menținut la 14 și pulsul la 72 pe minut, atîta timp cît s-a dat semnalul monoton de a dormi. În momentul cînd s-a pronunțat — tot atît de monoton și pentru o singură dată — cuvîntul „cald" (care i-a readus astfel în prim plan reprezentarea accidentului suferit), respirația a crescut brusc la 18 pe minut, cu perioade asfixice, iar pulsul a sărit la 92 pe minut. În altă ședință, descrierea persuasivă indirectă în stare de veghe a accidentului a provocat de asemenea un consum de 28,6 litri oxigen pe oră (care se apropia mult de efectul reprezentării accidentului în stare de hipnoză prin inducția cuvîntului „cald"), în timp ce între semnalizările anxiogene se obținea un consum normal de 16 litri oxigen pe oră.

Este de remarcat că acest bolnav cu atrofie cerebrală post-traumatică obiectivată pneumoencefalografic (care a fost scos din mutismul akinetic prin metoda psihoterapiei în cursul somnului narcotic prelungit), atunci cînd ajunsese în situația de a vorbi normal, face o pareză intestinală acută și pe măsura creșterii suferinței interoceptive a scăzut și graiul pînă la reinstalarea mutismului, pronunția revenind pe măsură ce pareza ceda sub influența medicației aplicate.

Altă problemă interesantă pentru studiul acțiunii celui de al doilea sistem de semnalizare o ridică posibilitatea persistenței focarelor vestigiale de suferință dureroasă.

În 1940, am obținut pentru prima oară stingerea unei hemicranii de tip trigeminal în cursul unei singure ședințe de hipnoză, la un bolnav care fusese tratat fără rezultat timp de cîteva luni cu diferite proceduri sedative, inclusiv gasserotomie și roentgenterapie *.

Rezultate asemănătoare am mai obținut prin terapia cu somn medicamentos prelungit în cîteva cazuri de cauzalgii și dureri de tipul „membrului fantomă". Aceste fapte ne fac să considerăm ca posibilă o „engramare" corticală a durerii care se poate menține și după dispariția agentului cauzal, respectiv o reprezentare stagnantă a fenomenului algic, situație ce permite acele vindecări miraculoase, atît de mult controversate.

Modificările interrelațiilor funcționale dintre scoarța cerebrală și nucleii subcorticali, se repercută în mod evident și asupra echilibrelor umorale, îndeosebi în stările patologice. Dintre acestea, cea mai spectaculară apare tendința promptă de normalizare a timpului de coagulare sanguină la hemofilici în cursul hipnozei, ajungîndu-se pînă la condiționare față de cameră și persoanele ce participă la ședințele de psihoterapie. Apare astfel ca evidentă posibilitatea în-

---

* Se insistă asupra acestui caz, deoarece a fost revăzut după 20 ani prezentînd o nouă nevralgie trigeminală, însă de partea opusă.

Scanned with CamScanner

lănțuirii catenare a unor legături temporare emoționale aparent obscure în menținerea unor tulburări psihosomatice. De asemenea, constatarea la bolnavii schizofreni a unei reactivități homeostazice asemănătoare cu a persoanelor normale aflate în stare de hipnoză, contribuie în plus la sesizarea corelațiilor psihosomatice dintre sistemele de semnalizare și reglarea neuro-reflexă înnăscută sau condiționată.

*

Concluzionînd, deși apreciem că hipnoza poate constitui o metodă intersantă de cercetare psihofiziologică, dacă se iau măsurile necesare pentru controlul obiectiv, în ceea ce privește indicațiile și rezultatele terapeutice ne menținem o atitudine reținută.* În primul rînd, obținerea și eficacitatea hipnozei este condiționată de factori de receptivitate individuală și particularitățile suferinței, care îi limitează evident regularitatea și siguranța aplicării. În al doilea rînd, valoarea terapeutică a sugestiei hipnotice nu este superioară, în mod obișnuit, psihoterapiei în stare de veghe și poate constitui în plus un factor de exaltare a revendicativității în cazul structurilor paranoiace sau de creștere a anxietății la depresivi.

De asemenea, aplicarea hipnoterapiei în afara serviciilor specializate trebuie combătută cu perseverență, deoarece hipnoza constituie, în primul rînd, o procedură strict medicală.

---

* C. C. Dimitriu, P. Brânzei, N. Goldemberg, M. Blum : *Acțiunea hipnozei asupra motilității gastrice la om.* St. și Cerc. Șt. Acad. R.P.R. Fil. Iași, nr. 3—4, 1951, pp. 402—472.

C. C. Dimitriu, P. Brânzei, M. Casetti, M. Blum : *Influența inhibiției corticale asupra funcției motorii a diferitelor segmente ale tubului digestiv la om.* St. și Cerc. Acad. R.P.R. Fil. Iași, 1952.

J. Nițulescu, P. Brânzei, O. Huțu : *Influența stării funcționale a scoarței cerebrale asupra variațiilor reflex-condiționate ale echilibrului glicemic la om.* St. și Cerc. șt. Acad. R.P.R. Fil. Iași 1952, nr. 1—4, pp. 271—277.

Gh. Tudoranu, P. Balmuș, P. Brânzei, M. Blum : *Rolul sistemului nervos central în reglarea timpului de coagulare a sîngelui în hemofilie.* St. și Cerc. șt. Acad. R.P.R. Fil. Iași, nr. 1—4, 1952, pp. 295—300.

P. Brânzei, O. Huțu, M. Baltaru : *Rolul scoarței cerebrale în reglarea proceselor metabolice la om.* St. și Cerc. șt. Acad. R.P.R. Fil. Iași, 1952, nr. 1—4, pp. 313—331.

P. Brânzei : *Rolul semnalizării verbale în stare de hipnoză asupra unor reflexe înnăscute.* Rev. Med. Chir. Iași, 1956, nr. 4, pp. 163—173.

P. Brânzei : *Date asupra evoluției terapeutice într-un serviciu de psihiatrie.* Probleme de psihiatrie. Ed. Med. București, 1957, pp. 224—248.

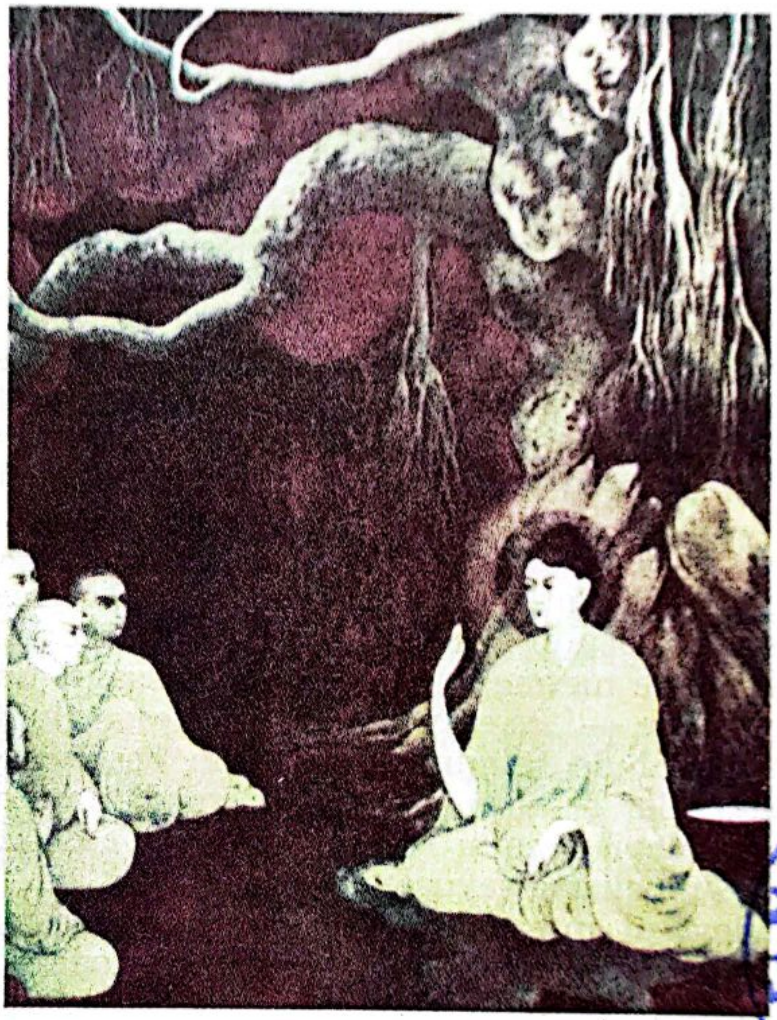
Gh. Tudoranu, C. Pavelescu, M. Niculescu, P. Brânzei : *Contributo allo studio della patogenesi e del trattamento dell'emofilia.* Minerva Medica, 1957, nr. 31, pp. 1—11.

P. Brânzei : *Contribution a l'étude des explorations morpho-fonctionnelles dans la psychiatrie.* Ann. Méd. Psychol., 1964, T. 2, nr. 1, pp. 1-20.

Scanned with CamScanner

Psihoterapia prin proceduri inductive de relaxare

Odată cu moartea lui Charcot, în 1892, şi a ultimelor bătălii pierdute de locotenenţii acestuia în războiul cu şcoala de la Nancy,



K. Venkatappa : „Buda şi discipolii săi".

FINTINARU NECULAI

din hipnotismul recăzut în desuetudine au izvorît noi proceduri psihoterapice, bazate pe efectul catartic al sugestiei şi persuasiunii. În această ordine de idei se poate afirma schematic că sugestia (directă sau indirectă) corespunde unei modalităţi primare de însuşire nereflectată a unei atitudini induse, în timp ce persuasiunea se referă la acele convingeri acceptate fără o prealabilă analiză critică a realităţii.*

„Minde Cure" (quimbismul, sau cura morală — mentalismul)

Phineas Pankurst Quimby — un tînăr şi inteligent ceasornicar din Belfast, a fost atît de puternic captivat de spectacolele mesme-

* „Catarsisul" sau defularea constituie elementul nodal al psihoterapiei, indiferent de procedura aplicată (hipnotică, analitică, de relaxare etc., individual sau de grup).

Scanned with CamScanner

riste prezentate publicului din America de către medicul francez Poyen, încît îl urmează în turneu ca un entuziast ucenic.

La scurt timp Quimby îl părăsește apoi pe Poyen, luînd pe cont propriu meseria de magnetizor și împreună cu „mediumul" său Burgmagir, în vîrstă de 15 ani (care în stare de transă somnambulică „diagnostica" suferințele pacienților și le indica tratamentul), cutreieră America împărțindu-și frățește cîștigurile. Combinația Quimby—Burgmagir a ținut pînă în ziua cînd mediumul „clarvăzător" a prescris un medicament pe care pacientul, prea sărac, nu avea posibilitatea să și-l procure și pe care Quimby, din generozitate, îl înlocuiește cu o substanță oarecare anodină (căreia astăzi i se spune „placebo"), obținînd totuși vindecarea. Lămurindu-se că vindecarea se produce prin propriile resurse ale imaginației pacientului, după cum însăși boala poate fi rezultatul închipuirii, Quimby renunță la serviciile mediumului său (după cum Mesmer renunțase la magnet descoperindu-și „fluidul personal") și ajunge la procedeul vindecării prin persuasiune, pe care o intitulează sugestiv „Mind cure".

În cadrul procedeului său, Quimbly redescoperea, fără să știe, „vindecarea prin credință", în numele căreia Pantaleone făcea minuni la începutul evului mediu, asociată cu inducția emoțională provocată de pasele mesmeriste (reduse la masajul tîmplelor cu degetele mari umezite — „ca să pătrundă mai lesne fluidul magnetic").

Este interesant de reținut că acest fin observator folosea și o „cheie a întrebărilor și răspunsurilor" ca modalitate de analiză psihologică pentru depistarea și rezolvarea stărilor de conflict afectiv, ce includea și simbolisme sexuale.

Ca un adevărat intermediar inocent între mesmerism și freudism, Quimby își definește în felul următor metoda :

> *Deoarece practica mea diferă de oricare altă practică medicală, țin să accentuez că eu nu dau nici un fel de medicamente și nu prescriu nici un fel de tratamente externe, ci mă așez alături de pacient, îi explic ce cred despre boala lui, și în aceste explicații constă toată cura mea. Dacă izbutesc să modific mentalitatea greșită a pacientului, modific și fluidul în sistemul său organic și restabilesc adevărul. Cura mea e adevărul.*
>
> (Apud P. Janet : *La médication psychologique ;*
> St. Zweig : *Mesmer, Mery Baeker Edy, Freud)*

„Christian Science"

Mentalismul teologic, elaborat cu succes de ceasornicarul Quimby ca procedură psihoterapică persuasivă interpersonală, a fost transformat de către fosta sa pacientă Mary Backer-Eddy într-o credință sectară — pe care a denumit-o în spiritul unui mesianism utilitar „Christian Science" (știința vindecării prin credință creș-

Scanned with CamScanner

nă), credință care a cuprins la sfîrșitul secolului XIX sute de mii de americani.

Profeta Mary apare din descrierile biografilor și din biblia sa „Science and Health" ca o isteropată care, după ce a fost vindecată de o veche paraplegie funcțională de către Quimby, devine o fanatică propovăduitoare a vindecării prin credință, la început asemănîndu-l pe Quimby cu Isus și apoi renegîndu-l ca reprezentant al „magnetismului satanic".

Arogîndu-și titlul de „profesor în științele morale", profeta Mary acorda certificate de „haeler", după absolvirea unui ciclu de 12 lecții (contra unei taxe de 300 dolari), oricărei persoane dispusă să-și însușească doctrina sa — care de fapt se rezuma la următoarea teză:

> *Omul este divin. Dumnezeu este binele. Prin urmare răul nu poate să existe în realitate și tot ce e durere, boală, bătrînețe și moarte nu este real, ci aparență înșelătoare; și cine a recunoscut odată aceasta, nu mai poate fi atins de nici o boală și nici să fie chinuit de vreo suferință.*

În consecință, vindecătorii respectivi își bazau succesul persuadînd pacienții că „numai boala de care ne temem capătă putere asupra noastră".

Christian Science s-a dezvoltat prolific, aducînd faimă și cîștiguri fabuloase profetei Mary care, între altele, își creează și o universitate particulară, *Massachuschetts Metaphysic College*, unde se preda „patologia, terapeutica, filozofia, metafizica și aplicarea lor practică", iar consorțiul ei apostolic o sanctifică în 1888 construindu-i la Boston biserica „Mather Mary" cu apartament personal din marmoră și onix, ce a costat în acele timpuri două milioane dolari.

Psihoterapia analitică („psihanaliza")

În timp ce mulțimile însetate de miraculos își găseau tămăduire prin credința în forța misterioasă a procedurilor derivate din mesmerism, psihiatrii și psihologii căutau tot mai insistent în ultimul deceniu al sec. XIX mecanismul de producere al acestor vindecări, punînd astfel bazele „Medicinii psihologice", sau mai exact spus a „Psihopatologiei". În acest sens, s-a bucurat de un interes deosebit cartea publicată, în 1893, de Charcot privind *La Foi Qui Guérit*, cît și observațiile privind implicațiile emoționale în geneza isteriei, demonstrate prin efectele sugestiei hipnotice. De asemenea, Janet, ca și Charcot, Möebius și alți psihiatri de prestigiu, ajung în perioada 1886—1889 la concluzia că „modificările corporale isterice se află în raport cu ideile și amintirile".

În mod cu totul deosebit merită să fie reținut faptul că P. Janet a descris, în 1889, efectul terapeutic al reactualizării și lichidării

Scanned with CamScanner

amintirilor traumatice uitate — remarcat anterior de numeroşi magnetizori sau hipnotizori, stare particulară de uitare selectivă pe care a denumit-o „subconştienţă prin dezagregare" :

> *...amintirea traumatică nu poate fi exprimată în timpul veghei şi nu reapare decît în condiţii particulare în altă stare psihologică...*
>
> *Toate procedeele care modifică această formă anormală de memorie, modifică de asemenea accidenţele isterice. Cînd reuşim să determinăm subiectul să-şi exprime amintirile, chiar şi în timpul veghei, el încetează de a mai prezenta delirul şi tulburările relative la aceste amintiri.*
>
> P. Janet : *La Médecine psychologique*

La rîndul său medicul vienez Joseph Breuer constatase, în 1880, (ca numeroşi magnetizori şi hipnotizori înaintea sa) efectul curativ provocat de reamintirea în stare de hipnoză a unor traume afective generatoare de conversiuni isterice. Acest efect terapeutic obţinut prin reactualizarea proceselor subconştiente traumatizante, (definit în prezent tot mai uzual prin noţiunea de „abreacţie" *), Breuer l-a denumit „Catarsis" în *Studii asupra isteriei* publicate, în 1895, în colaborare cu S. Freud.

Referindu-se la psihanaliză, P. Janet găseşte necesar să precizeze, în 1923, următoarele date privind geneza sa, relevînd totodată şi penibilul său complex de frustrare faţă de succesul epocal al freudismului :

> *În această epocă, un medic străin, domnul dr. S. Freud (din Viena) a venit la Salpêtrière şi s-a interesat de aceste studii ; el constată realitatea faptelor şi a publicat noi observaţii de acelaşi gen. În aceste publicaţii el a modificat mai întîi termenii de care eu mă serveam : el denumi psiho-analiză ceea ce eu denumisem analiză psihologică, el numi complexus, ceea ce eu numisem sistem psihologic pentru a desemna acel ansamblu de fapte de conştiinţă şi de mişcări fie a membrelor, fie a viscerelor, care rămîne asociat pentru a constitui amintirea traumatică.*

---

* Noţiunea de abreacţie este definită de către Norbert Sillamy în *Dictionnaire de psychologie*, ed. Larousse, 1965, în modul următor : *Reapariţia în conştiinţă a îndepărtatelor amintiri penibile, pînă atunci blocate sau refulate, însoţite de exteriorizarea emoţională, verbală sau gestuală, a sentimentelor corespunzătoare, constituie o veritabilă eliberare pentru individ, care fără aceasta ar risca să fie mai mult sau mai puţin perturbat. Această reacţie poate să se producă accidental, în unele ambianţe propice pentru confidenţe, sau ca urmare a libaţiunilor alcoolice, însă ea este favorizată prin tehnicile expresive ale psihoterapiei şi psihoanalizei... prin narcoanaliză... (cît şi) prin acţiunea unor agenţi chimici ca amfetaminele, care stimulează activitatea cerebrală.*

Scanned with CamScanner

El consideră ca o refulare ceea ce eu raportasem la o strîmtorare a conştiinţei, el boteză cu numele de catarsis ceea ce eu deosebisem ca o disociaţie psihologică, sau ca o dezinfecţie morală.

Îndeosebi însă, el transformă o observaţie clinică şi un procedeu terapeutic cu indicaţii şi limite precise, într-un enorm sistem de filozofie medicală.

Toate tulburările nevropatice, depind, în acest sistem, de cîteva amintiri traumatice disimulate în subconştiinţă şi toate tratamentele necesită cercetarea acestor reminiscenţe...

Amintirile traumatice, care le găseşte în această manieră, au totdeauna acelaşi conţinut : este vorba totdeauna de amintiri traumatice relative la aventuri sexuale sau dacă se preferă, de amintiri traumatice cu conţinut sexual. În loc de a constata ca toţi observatorii precedenţi, care găsesc amintiri de acest gen la cîţiva nevropaţi, psihanaliza afirmă, şi aceasta este originalitatea sa, că asemenea amintiri se găsesc absolut la toţi nevropaţii fără excepţie...

P. Janet, op. cit.

Diferenţiind psihanaliza, Freud a folosit la început metoda clasică a hipnotismului (sau mai bine zis a somnambulismului mesmerist) prin intermediul căruia căuta să reactualizeze psihotraumele refulate în diferite simptome somatice sau psihice *.

Întîmpinînd dificultăţi firești în realizarea somnambulismului hipnotic, Freud renunţă la metoda clasică şi foloseşte pentru cîtva timp o procedură mesmeristă simplificată ce consta în a pune mîna pe fruntea pacientului (Quimby masa tîmplele) şi a-i sugera să-şi reamintească psihotramuele sexuale uitate, ajutîndu-l eventual şi cu întrebări inductoare (Quimby folosea dialogul moralizator, al cărui întrebări epuizau şi conflictele sexuale) **. Dat fiind reacţia de apărare a pacienţilor faţă de această metodă „indiscretă" de tratament, Freud ajunge în cele din urmă la procedeul „psiho-analitic" propriuzis, asemănător pe de o parte ancestralei confesiuni catartice şi pe de altă parte eliberării automatice din somnambulismul hipnotic ***,

---

* Sigmund Freud — Omul şi opera — beneficiază de o interesantă interpretare critică realizată în literatura română de către Victor Săhleanu şi Popescu-Sibiu : *Introducere critică în psihanaliză*. Ed. Dacia, Cluj, 1972.

** Apropierile dintre quimbism şi freudism vor să sugereze doar filiaţia diverselor proceduri psihoterapice din magnetism şi respectiv hipnotism, fără a confunda însă simplismul mentalist cu doctrina psihanalitică.

*** În cadrul teoriei freudiene hipnoza este comparabilă cu dragostea : *obiectul, în speţă hipnotizorul, este pus în locul Eului ; autoritatea părintească interiorizată este reproiectată asupra sa ; sugestia nu se fundamentează pe o percepţie sau un raţionament ci pe această legătură erotică, cu excluderea oricărei satisfacţii sexuale...*

Interesul subiectului se află concentrat asupra hipnotizatorului, stabilindu-se între ei şi hipnotizor un raport de transfer. (Apud Daniel Lagache : *La psychanalise*, Ed. P.U.F. Paris, 1964).

Scanned with CamScanner

procedeu pe care Freud îl realizează în stare de veghe prin antrenamentul original al „asociațiilor libere", impus pacientului în scopul actualizării psihotraumelor uitate sau convertite prin refulare în simptome mintale sau somatice.

Practic vorbind, pacientul după ce este instruit că trebuie să monologheze, spunînd tot ce-i trece prin minte, fără nici un control sau reținere, este invitat să se întindă pe o canapea, *pe cît posibil mai relaxat*, psihanalistul așezîndu-se astfel ca să nu fie văzut de pacient.

Rolul obiectiv al psihanalistului constă, aparent, însă nu și pentru subiect, în a urmări indiferent reacțiile motorii, reținerile, opririle, ezitările, lapsusurile care apar în spovedania pacientului, astfel încît pe parcursul tratamentului să poată interveni, la momentul potrivit, corectînd sau interzicînd anumite activități normale sau patologice ce acționează ca „reacții de apărare nevrotică", tinzînd astfel la realizarea „transferului nevrotic".

După conceptul freudian psihanaliza are ca scop de a substitui „nevrozei clinice" o „nevroză de transfer", pe care analistul ar vindeca-o interpretîndu-i simptomele. Această „nevroză terapeutică" de transfer s-ar realiza prin repetarea inconștientă de către pacient a unor acțiuni pe care nu le recunoaște prin cuvîntul gîndit, acțiuni a căror origine s-ar afla în psihotraumele sexuale suferite în stadiul psihogenezei prelogice.

Dacă terapeutul se apropie de zona unde se ascund aspirațiile refulate, spun psihanaliștii în limbajul lor pitoresc, toate forțele defensive care au provocat refularea se „revoltă", apărînd *efectul negativ* al transferului, sub forma unor reacții de apărare și agresiune față de terapeut. Progresiv, prin repetarea analizei, conflictul inconștient — adică „nevroza infantilă" — s-ar exprima sub o formă tot mai identificabilă, transferul luînd astfel un caracter pozitiv datorită recunoașterii de către pacient a factorilor de refulare pînă atunci ignorați.

Priza de conștiință, obținută în condițiile îndelungatului transfer psihanalitic, ar permite astfel pacientului să se readapteze față de situațiile pe care i le oferă „prezentul și viitorul" său :

> *Adevăratul resort al psihanalizei ar subzista în alternanța pacientului între existența nereflectată a Eului care trăiește, simte și acționează, și atitudinea reflectată a Eului care gîndește, recunoaște și judecă... Rolul psihanalistului constă în a permite progresiunea problemelor și asigurarea integrării soluțiilor, el revenind asupra aceluiași conflict, al aceleiași apărări, oricît de îndelungat ar fi timpul necesar atingerii acestui scop.*
>
> D. Lagache : *La psychanalise.*

Scanned with CamScanner

Fără a contesta părțile pozitive ale psihianalizei, ar fi desigur jenant și inutil să mai discutăm aici în ce măsură nevrozele ar reprezenta o „fixație" în stadiul „oral", „anal", sau „masochist", sau în ce măsură psihozele ar constitui doar o „fixație narcisică".

Cîmpul predilect de aplicare a psihanalizei rămîne, ca și în cazul mesmerismului și al hipnozei, teritoriul incert al „nevrozei de conversiune", care, după cum s-a spus deja, se poate vindeca prin intermediul oricărei alte proceduri persuasive, după cum tot atît de bine se poate transforma sau dezvolta prin intermediul psihanalizei, în raport de „interesul" mai mult sau mai puțin conștient al „pulsionării de care este afectat subiectul respectiv la un moment dat".

Psihoterapia prin proceduri de relaxare hipnonarcotică („narcoanaliza")

Narcoanaliza a fost folosită inițial de psihanaliști, care au dat și numele metodei, în scopul de a scurta explorarea psihologică absială prin favorizarea exteriorizării tendințelor, emoțiilor și amintirilor sub influența dezinhibiției provocată de narcotic.

Cu ocazia ultimului război mondial, americanii au folosit intensiv metoda narcoanalizei ca pe o „punctie a stărilor de tensiune anxioasă", obținînd sub influența ei rezultate imediate spectaculare.

Procedeul contemporan al „narcoanalizei" constă în injectarea lentă sau perfuzarea i.v. a unui barbituric cu acțiune scurtă, care crează o stare hipnotică cu automatism mintal de tip somnambulic și sugestibilitate crescută.

Numeroși autori, și în deosebi venerabilul Baruk, (care a folosit scopocloraloza), aduc critici narcoanalizei asemănătoare cu cele privind magnetismul și hipnotismul, recunoscînd totodată rezultatele favorabile care se pot obține în isterie.

Începînd din 1952, procedeul psihoterapiei hipnonarcotice capătă un nou conținut metodologic datorită intrării în uzanță a substanțelor „psihotrope" care, fără a provoca narcoza, ușurează contactul afectiv al bolnavilor psihici cu mediul ambiant, cît și în producerea abreacției catartice.

În acest sens apare ca deosebit de interesantă „Weckterapia" prin asocierea subnarcozei barbiturice cu amfetamină, studiată între alții de J. C. Benoit, J. Delay și P. Sivadon, cît și abreacția produsă prin substanțe halucinogene, analizată preferențial de J. Bastiaans.

Procedeul „Yoga" (relaxarea ezoterică)

Alternanța între acțiune și repaos, între încordare și destindere, ca fenomene fundamentale ale vieții, a atras atenția înțelepților din toate timpurile, hindușii ajungînd — în aspirația lor teologică

Scanned with CamScanner

spre infinita liniște — la milenara practică ezoterică „yoga", codificată de Patanjali, prin secolul al V-lea î.e.n., ca un procedeu de psihorelaxare.

Rădăcina etimologică „jug" semnifică în limbile indo-europene sensul de „uniune", iar practica „yoga" se referă la sensul ezoteric de „intrare în sine însuși", cu ajutorul antrenamentului progresiv al posibilităților fizice și spirituale, astfel încît să se ajungă la starea de „sadhana", adică la reglarea voluntară a funcțiilor vitale în scopul de a străbate drumul = „karma" cu ajutorul meditației = „dhiana" și a recunoașterii = „lamadhi", pînă la stadiul echilibrului cosmic infinit = „nirvana".

Yoga, care preconizează introspecția pînă la dezaferentarea de lumea exterioră, comportă în primul rînd exerciții de apnee prelungită și destindere neuromusculară prin care să se ajungă apoi la divese stadii extazice autohipnotice.

O practică asemănătoare cu procedeul yoga în scopul obținerii extazului mistic, prin reglarea respirației și fixarea privirii fizice și mintale asupra unui punct oarecare, îl folosesc și „sufiții" iranieni, călugării de la muntele Athos, sau cenobiții sfîntului Climac.

Practica laică a destinderii și începuturile sale ca metodă terapeutică contemporană se împletește cu procedurile mesmerismului și hipnotismului. Astfel, diverși magnetizori și hipnotizori au consemnat, în a doua jumătate a secolului XIX, efectele calmante și reparatoare ale somnului hipnotic în diferite stări nevropatice, culminînd cu dr. Wetterstand din Stocholm care folosea, în 1892, procedeul somnului hipnotic prelungit pînă la 30 zile.

Procedeul Mitchell (relaxarea fiziologică pasivă)

Cercetările fiziologice și clinice din a doua jumătate a secolului XIX, au dus la concluzia generală că destinderea prin repaos cît mai complet are efecte salutare în diverse îmbolnăviri somatice sau psihice.

Plecînd de la aceste constatări, medicul american Weir Mitchell elaborează, în decada 1870—1880, procedeul repaosului fizic complet și al supraalimentației în tratamentul nevrozelor (considerate ca un fenomen de epuizare a energiei vitale, sau de fatigabilitate excesivă de natură congenitală sau cîștigată).

Cura Mitchell se administra în sanatorii diferențiate, pacientul fiind izolat de familie și cunoscuți și îngrijit de un personal specializat, care îi interzicea orice efort, fiind hrănit și curățat ca un copil mic cîteva luni, timp în care, pentru a se evita atrofiile musculare prin inactivitate, i se aplicau zilnic ședințe de masaj.

Scanned with CamScanner

Cura Mitchell a devenit repede cunoscută in America (unde era considerată cea mai bună metodă de tratament a nevrozelor), astfel încît cei avuţi se internau periodic pentru cîteva luni în scopul de a-şi reface forţele fizice şi psihice necesare „luptei cu viaţa".

Cura lui Weir Mitchell a fost apoi generalizată, în 1897, de către Magnan în terapeutica psihiatrică, asocierea clinoterapiei (cura de repaos la pat) cu izolarea confortabilă şi non-constrîngerea, preconizate deja de Pinel şi Tuke, dînd rezultate bune în terapia stărilor psihotice acute.

Procedeul Schultz (relaxare autohipnotică conştientă sau „training autogene")

Preocupîndu-se de efectele terapeutice ale hipnozei, Oskar Vogt diferenţiază în ultima decadă a secolului XIX *autohipnoza conştientă* prin antrenament voluntar de relaxare, în scopul obţinerii unui repaus profilactic cu ajutorul căruia devine posibil de a induce în perioadele de criză fizică sau psihică o stare de calm şi destindere, „împiedicînd astfel ca mişcările emoţionale să devină patogene".

J. H. Schultz, elevul lui O. Vogt, a continuat să perfecţioneze procedura autohipnozei obţinută prin relaxarea musculară hetero- sau auto-sugerată pe care a denumit-o, începînd din 1912, *konzentrative Selbstentspanung* şi apoi *Training autogene* * :

„Principiul metodei trainingului autogen constă în a induce prin anumite exerciţii fiziologice şi raţionale o deconcentrare generală a organismului care, prin analogie cu hipnoza, permite toate realizările proprii stărilor autentic sugestive".

Procedeul Jacobson (relaxarea progresivă musculară)

E. Jacobson, medic american cu orientare behavioristă, acordînd atenţie deosebită interrelaţiilor dintre emoţii şi reacţiile viscero-musculare, ajunge în perioada 1930—1948 * la concluzia că activitatea psihică poate fi înregistrată în expresia sa neuro-musculară sub formă de figuri „specifice" electromiografice, figuri care se dezorganizează sub influenţa emoţiilor şi anxietăţii :

Dacă traseele potenţialelor de acţiune sînt în apropiere de zero în regiunea ochiului şi vorbirii, omul nomal, ca şi nevro-

---

* J. H. Schultz : *Le training autogene, méthode de rélaxation autodécontraction concentrative.* Essai pratique et clinique, 1958.

* J. Jacobson : *Progressive relaxation.* Ed. Univ. Press, Chicago, 1948.

Scanned with CamScanner

zaţii ,afirmă că nu şi-au imaginat nimic, nu au reflectat, nu au gîndit, nu au fost emoţionaţi, nici tulburaţi mintal într-un fel oarecare.

Plecînd de la aceste date psihofiziologice, Jacobson elaborează procedura „Relaxării progresive musculare", în scopul de a obţine o influenţă favorabilă asupra tulburărilor psihice.

Spre deosebire de procedura de relaxare activă autohipnotică elaborată de Schultz, în procedura Jacobson pacientul are un rol aparent pasiv faţă de medic care îl antrenează să-şi dezvolte simţul kinestezic prin exerciţii progresive de destindere musculară, efectuată într-o ordine precisă :

Se începe cu contracţia şi decontracţia bicepsului pentru sesizarea tonusului muscular, apoi se trece la triceps, flexorii şi extensorii mîinii, iniţial de partea stîngă şi apoi de partea dreaptă ; se continuă cu muşchii membrelor inferioare, muşchii toracici, ai gîtului, ai feţei, fonaţiei şi deglutiţiei.

În al doilea stadiu se procedează la exerciţii de „relaxare diferenţială pentru adaptarea la viaţa obişnuită" şi la corectarea hipertoniilor provocate de stări afective morbide.

Tratamentul prin procedura clasică Jacobson pretinde 2 exerciţii individuale pe zi cu o durată de 30 minute şi 1—3 şedinţe pe săptămînă, sub îndrumarea medicului, timp de mai mulţi ani, ca şi în cazul psihanalizei.

*

Metoda relaxării, preconizată de Schultz şi Jacobson, a constituit punctul de plecare pentru diverse alte variante, diferenţiate de către Kretschmer. Durand de Bousingen, B. Stokvis, G. Alexander, J. Ajuriaguerra etc., care au adus contribuţii la dezvoltarea psihoterapiei prin reeducarea tonusului neuro-muscular, unii dintre autori gravitînd spre psihofiziologie, iar alţii spre psihanaliză.

În prezent metoda relaxării are o largă răspîndire, remarcîndu-se în general tendinţa la simplificarea şi scurtarea procedurilor, aplicîndu-se fie în scop profilactic în grup, ca de exemplu în industrie şi viaţa sportivă, fie în patologie (diversificîndu-se de la domeniul neuro-psihiatric şi în alte sectoare ale medicinii prin intermediul doctrinei psihosomatice).

Procedeul Coué (relaxare şi restructurare morală prin autosugestie persuasivă)

Plecînd de la teoria psihanalitică despre inconştient şi rolul sugestiei ca mobilizator al energiei psihologice prin intermediul imaginaţiei care se transformă în acţiune, blîndul farmacist Emile

Scanned with CamScanner

Coué din Nancy lansează, în 1920, procedura pe care a denumit-o *stăpînirea de sine prin autosugestie conștientă*, procedură care conține totodată și elementul fundamental al relaxării autohipnotice.

Procedeul autosugestiv preconizat de Coué constă în a se murmura în șoaptă, timp de 20 minute, seara spre adormire și dimineața la trezire, fără o concentrare a atenției și fără nici o sforțare fizică, stînd cu ochii închiși într-o poziție prielnică destinderii musculare și numărînd pe o sfoară douăzeci de noduri, următoarea frază „inductoare de sănătate" :

Din toate punctele de vedere, zi cu zi, sînt din ce în ce mai bine.

Empirismul acestui procedeu, prin care Coué considera cu inocență că autosugestia „pătrunde mecanic în inconștient prin urechi și odată pătrunsă, ea singură se pune pe lucru", datorită imaginației „care este cea dintîi calitate a omului", a suscitat în Europa un interes deosebit pentru marele public în perioada 1920—1940, asemănător mentalismului în America la începutul acestui secol.

În aceeași categorie a procedurilor autosugestive sau persuasive prin antrenarea imaginației, se înscrie și sofisticata procedură a „visului treaz dirijat", imaginată, în 1950, de către dr. Robert Desoille.

Rolul „autosugestiei conștiente" a fost remarcat de înțelepții tuturor timpurilor. Astfel, stoicii cunoșteau că „refuzînd" de a resimți durerea, aceasta poate fi oprită la începutul ei sau poate fi făcută să dispară, iar filozofi ca Pascal, Leibniz, Kant consemnează, de asemenea, forța autosugestiei. Ca metodă terapeutică, autosugestia conștientă a mai fost recomandată, înaintea lui Coué de către Levy sub forma „reculegerii", sau ca „antrenament moral activ" de către Bernheim, după cum persuasiunea a constituit elementul de plecare a procedurilor psihoterapice denumite „raționale" sau „psihagogice".

Scanned with CamScanner

Psihoterapia prin proceduri persuasive „raționale" sau „psihagogice"

Persuasiunea, folosită în decursul tuturor timpurilor ca factor terapeutic moral-religios, a fost diferențiată ca un procedeu psihoterapic rațional de către profesorul Dubois din Berna, la începutul secolului XX, constituind o reacție față de procedurile hipnotice sau taumaturgice, cît și față de excesele procedurilor fizioterapice și medicamentoase.

Esențialul procedeului Dubois constă în persuadarea bolnavului asupra semnificației reale a suferinței sale, cu ajutorul unor discuții intime, antrenante și raționale, purtate în scopul de a-i îndepărta ideile false în ceea ce privește tulburările de care suferă, făcîndu-se totodată apel la cele mai înalte sentimente prin care să se obțină încrederea pacientului în ceea ce privește superioritatea spiritului asupra corpului, fără a-l antrena însă în mistica mentalismului sau a christian science-ului.

Persuasiunea rațională preconizată de Dubios nu are un caracter scientist uscat, el insistînd în mod deosebit asupra importanței factorului afectiv :

> *Pentru a ajunge la scopul propus, medicul trebuie să se apropie de bolnavul său. Trebuie ca, de la început, să se stabilească între ei o puternică legătură de încredere și simpatie. De asemenea, prima întrevedere este sub acest raport decisivă. Noi, practicienii, trebuie să manifestăm față de bolnavul nostru o simpatie atît de vie, atît de captivantă, astfel încît el să se simtă cu adevărat prost de a nu dori să se vindece.*

Curentul psihoterapic prin persuasiune rațională declanșat de către Dubois, care spunea că „roșește la gîndul că a folosit hipnoza pentru a trata un copil ce urina în pat", a dat o puternică lovitură procedurilor sugestive hipnotice, însuși Bernheim, promotor al hipnotismului, ajungînd să afirme apoi că el „nu a voit niciodată să facă decît persuasiune". Dejérine, la rîndul său, unul din susținătorii lui Charcot în teoria marelui hipnotism, ajunge să admită integral principiile psihoterapiei raționale, deși, ca și Camus și Pagniez, avea impresia că, spre deosebire de Dubois, ar fi descoperit „psihoterapia sentimentală", cu atributele sale de „încredere și credință".

Simpatia, încrederea și credința reciprocă în posibilitatea îndepărtării suferinței și reabilitării, reunite de Baruk în noțiunea morală pe care a denumit-o cu sensul ebraic de „chitamnie", configurează de fapt trăsăturile esențiale oricărei proceduri psihoterapice,

Scanned with CamScanner

care nu poate deveni benefică, dacă suferindul nu şi-o imaginează explicit ca o realitate curativă.

Psihagogia * se poate raporta la o persoană sau la un grup de persoane, tinere sau adulte şi cu referire deosebită la particularităţi psihice sau motorii.

Deşi proceduri psihagogice s-au aplicat dintotdeauna în domeniul perturbărilor psihice, cu sau fără rezultat, elementul educativ în practica psihoterapică începe în mod explicit în 1791 cu studiul lui Itard despre *Sălbatecul din Aveyron*, şi se diferenţiază ca atare datorită studiilor lui Séguin privind educarea oligofrenilor, spre a continua cu preocupările lui Chevrin referitor la educarea psihomotorie a dislaicilor. Şcoala de la Salpêtrière a contribuit novator la reducerea accidentelor psihogenetice, iar M. Vittoz (Lausanne), Grasset, P. Janet etc. foloseau o metodologie complexă concomitent psihopedagogică şi morală cu proceduri succesive de „cunoştinţă, concentrare şi voinţă". Contemporanul R. Vittoz, enunţă, în 1960, de fapt aceleaşi criterii „psihagogice" în cadrul psihoterapiei sale „de sinteză şi reconstrucţie", ca şi Roger şi Combs în orientarea lor „non directivă" sau H. Baruk în procedura sa de reevaluare morală a personalităţii.

Deşi nu se gîndea că face psihoterapie, Makarenko a obţinut totuşi rezultate remarcabile în reeducarea adolescenţilor caracteriopatizaţi prin factori sociali negativi, cu ajutorul autoconducerii de sine a grupului, procedeu răspîndit în toată lumea sub denumirea de „self-government" **.

Corelativ cu principiul non directiv al aceleiaşi psihologii, se dezvoltă în prezent aşa zisa *psihoterapie comportamentală*, respectiv a educării şi reeducării comportamentului, promotorii acestei orientări declarîndu-se, în primul rînd, Skinner, Dollard, Wolpe, Eysenck.

De fapt, acest „New Though" a început ca o reacţie împotriva christian science-ului, căutînd să modifice starea mintală a bolnavilor prin educarea lor motorie, de la care s-a trecut apoi (îndeosebi prin intermediul lui Marton Prince) la educarea caracterului :

---

* Termenul de psihagogie a fost creat în 1924 de către Kornfeld spre a diferenţia ca o metodă personală ancestrala procedură psihopedagogică privind „dezvoltarea încrederii bolnavului în sine însuşi". Şcoala lui Gh. Baudoin a dezvoltat apoi psihagogia ca metodă diferenţială pentru readaptarea copiilor cu modificări de caracter, iar Baumgarten-Tramer a definit-o, în 1948, ca ramură a psihologiei conduitelor.

** „Self-government" constituie o particularizare a *„scoutismului"* (cercetăşiei), fondat în 1907 de Baden-Powell, în scopul educării caracterului prin autoconducere de grup, corespunzător aspiraţiilor adolescenţei (gustul pentru aventură, libertate, tovărăşie, egalitate şi loialitate).

„Scoutismul" aplicat la copii handicapaţi şi la tinerii delincvenţi, poartă denumirea de *scoutism de extensie.*

Scanned with CamScanner

Bolnavul trebuie obișnuit să-și controleze și să-și suprime stările emotive. Și aici intervine totdeauna tactul și caracterul individual al medicului. În sfîrșit, bolnavul trebuie educat de a face tot mai multe acțiuni posibile, atunci cînd ele pot fi îndeplinite fără accidente.

Sub denumirea de *psihoterapie comportamentală*, despre care se vorbește tot mai insistent în ultimul timp, sînt reunite de fapt diferite proceduri de psihologie *similia similibus curantur*, izvorîte din orientarea behavioristă și pavlovistă prin aplicarea graduală a principiilor desensibilizării, aversiunii corectoare și a condiționării operante față de stimuli anxiogeni sau pulsiuni nocive.

Procedurile terapiei comportamentale confluează în dinamismul orientării psihosomatice contemporane * în plină dezvoltare, și în cîmpul căreia se intersectează școli și curente diferite, însă cu inducție reciprocă : de orientare psihanalistă (H. și Fl. Dunbar, F. Alexander, Marty etc.) ; de orientare existențialistă — daseinanalyse — raportată la trăirile modelatoare (Binswanger, Boss etc.) ; de orientare psihofiziologică (J. Delay, P. Sivadon, J. Bastiaans, J. C. Benoit etc.).

Tot aici cred că s-ar integra și conceptul eclectic al soților Balint care, diferențiind psihanaliza profesionistă de psihoterapia omnipracticianului, reflectă și transformările pe care le suportă psihanaliza clasică **.

---

* Asupra cîmpului și tendințelor psihosomaticii se revine în ultimul capitol.

** P. Michael Balint, Enid Balint : *Techniques psychotérapeutiques en médecine*. Ed. Payot, Paris, 1970.

Scanned with CamScanner

Psihoterapia integratoare : ergo- şi socio-terapie

În cadrul general al psihoterapiei, de o manieră particulară se diferenţiază procedurile care se referă la deşteptarea, orientarea şi dezvoltarea interesului bolnavului pentru activitate, metodologie

Psihoterapie integratoare (ergoterapie remunerată de grup)

denumită cu un titlu generic „terapie ocupaţională" şi a cărui scop rezidă în efortul de adaptare şi reintegrare socială *.

Psihoterapia integratoare se întinde pe un evantai larg, de la simpla gestualitate declanşată la un psihotic inhibat şi pînă la readaptarea socială prin intermediul unei activităţi productive remunerate, orientată medical.

Psihoterapia prin activitate integratoare se subîmparte prin conţinutul său în următoarele proceduri :

— *proceduri ocupaţionale*, menite să deştepte interesul bolnavului pentru o activitate oarecare, indiferent de conţinutul şi semnifica-

---

* Strategia procedurilor individuale şi de grup pe care le reunim sub denumirea generică de psihoterapie integratoare, găseşte similitudini cu orientarea psihiatrilor francezi referitor la „terapia instituţională" ;

H. Chaigneau, P. Chanoit, J. Garrabe : *Les thérapies institutionnelles*, Ed. Masson, 1971.

Scanned with CamScanner

ția sa, rămînînd celebru aforismul lui Brémond care spunea că *este mai bine de a face lucrul cel mai inutil din lume, decît a rămîne inactiv un sfert de oră ;*

— *proceduri ergoterapice* propriu-zise, cu semnificația intrinsecă a muncii — inclusiv remunerarea ei echitabilă — prin care se urmărește realizarea de noi relații umane, readaptarea și integrarea socială.

Psihoterapia prin activitate integratoare poate fi realizată atît în cadrul interrelațiilor individuale, cît și îndeosebi a celor de grup, realizînd astfel o corelație directă cu „socioterapia".

Psihoterapia prin procedura interrelațiilor de grup *

Psihoterapia de grup se adresează unui număr variabil de persoane, pe cît posibil mai omogen în ceea ce privește starea psihică și nivelul cultural, în scopul realizării unui consens unanim acceptabil prin intermediul procedurii propuse.

Se pare că psihoterapia de grup ar fi fost folosită pentru prima oară în mod explicit de către dr. Tratt, în 1905, care trata prin discuții dirijate anumite categorii de persoane afectate de tuberculoză.

Ulterior, psihoterapia de grup a fost utilizată în scopul de a trata concomitent un număr mai mare de persoane, îndeosebi în cazul psihanalizei care necesită a fi aplicată ani de zile. Totodată, nici unui psihoterapeut cu experiență nu a putut să-i scape din vedere întărirea efectului sugestiv sau persuasiv care se produce prin mijlocirea simpatiei psihologice de grup.

Începînd din 1934, Slavson și apoi Spotniz, Sibulki, Tavistock, Lebovici etc. introduc psihoterapia de grup în practica pediatrică, utilizînd-o ca pe o „metodă analitică obiectală" de susținere mutuală prin intermediul grupului, care ar „favoriza priza de conștiință a pulsionării instinctului sexual și a dependenței față de conducătorul grupului".

Tot în cadrul psihoterapiei de grup se pot considera și convorbirile cu părinții, sau între părinți-copii-educatori, prin care terapeutul urmărește metodic rezolvarea unor situații inductoare de perturbări psihice.

După ultimul război mondial, psihoterapia de grup s-a dezvoltat inițial în America și Anglia, în ultimul timp acordîndu-i-se peste tot o atenție deosebită în cadrul psihologiei industriale. În acest scop s-a elaborat tehnica *psihosociologică a grupelor de evoluție*, care urmărește perfecționarea relațiilor umane prin folosirea „dina-

---

* Fundamentarea teoretică și metodologică a psihoterapiei de grup beneficiază de un valoros studiu al „Institutului internațional pentru sănătatea mintală", efectuat de un grup de specialiști sub conducerea dr. Ștefan de Schill :

La psychothérapie de grupe, Ed. P.U.F., Paris, 1973.

Scanned with CamScanner

micii psihologice de grup" şi a cărei substrat fundamental persuasiv prin inducţie ideo-afectivă reciprocă nu trebuie pierdut din vedere, după cum nu pot fi pierdute din vedere nici relaţiile sociale, economice şi ideologice, îndeosebi cînd procedeul de grup se adresează persoanelor normale antrenate în producţie.

Procedeul psihoterapic de grup începe de regulă printr-o expunere scurtă asupra scopului urmărit, după care medicul provoacă o discuţie generală antrenantă şi dă explicaţiile ce i se cer (psihanaliştii se abţin să intervină în discuţiile persoanelor angajate în grup).

În acest mod se urmăreşte desizolarea bolnavului, deoarece chiar dacă acesta nu intervine în discuţie, el are tendinţa de a se „identifica cu cel care vorbeşte, identificare prin care se face primul pas spre readaptarea socială". În acest mod „bolnavul va pierde tot mai mult impresia de a fi rupt de umanitate, ascultînd alţi oameni expunînd probleme comparabile cu ale sale, se va simţi reintrodus într-o societate mai puţin ostilă" :

Guy Palmade, *La psychothérapie*

Ca psihoterapie caracteristică de grup, în decursul ultimilor trei decenii s-a diferenţiat „Psihodrama" Moreno.

Procedeul „psihodramatic" Moreno.

Dacă îndeobşte se cunoaşte că Aristotel a fost primul psiholog care a studiat efectul „catartic" pe care-l exercită acţiunea dramatică asupra spectatorilor, şi după cum nu este mai puţin adevărat că Dominique Barrucand a realizat o interesantă analiză asupra relaţiilor dintre catarsis, teatru şi psihoterapie *, *procedura scenariului a fost diferenţiată totuşi în mod explicit ca metodă psihoterapică propriu-zisă de către Moreno.*

Jacob Levi Moreno, născut la Bucureşti, în 1892, a profesat iniţial psihiatria la Viena, pasionîndu-se în acelaşi timp şi de un teatru al „spontaneităţii" (Das Stegreiftheater), în cadrul căruia fiecare actor trebuia să-şi improvizeze rolul. Acest gen de artă dramatică a constituit totodată pentru Moreno şi un procedeu psihoterapic pe care l-a denumit Psihodrama **, procedeu al cărui efect terapeutic

---

* D. Barrucand : *La catharsis dans le théatre, la psychanalyse et la psychothérapie de groupe.* Ed. epi, Paris, 1970.

** Moreno mărturiseşte că a ajuns la procedeul „psiho-dramei" ascultînd plîngerile soţului unei actriţe care, deşi juca pe scenă cu succes roluri de ingenuă, acasă avea o comportare imposibilă. Reflectînd asupra acestei situaţii contrastante, Moreno ajunge la ideea de a propune actriţei un rol de femeie arţăgoasă pe care îl interpretează pe scenă cu acelaşi desăvîrşit succes, comportîndu-se în schimb acasă în ziua respectivă de o manieră deosebit de tandră. Continuînd să o pună pe actriţă să joace diverse momente din viaţa sa conjugală, Moreno spune că ar fi obţinut rezultate terapeutice bune, fundamentînd astfel „psihodrama".

Scanned with CamScanner

ar consta în antrenarea spontaneității (considerată ca funcție psihică slab dezvoltată în condițiile civilizației contemporane).

Emigrînd în 1926 în America, Moreno își dezvoltă în continuare teoria asupra „psihodramei", studiind interrelațiile sentimentelor de simpatie și antipatie în interiorul unui grup. cît și interacțiunile acestora, concepție psihosociologică pe care a denumit-o *Sociometrie*. Moreno și-a popularizat concepția psihosociologică cu ajutorul revistei *Sociometry*, pe care a fondat-o în 1937, și a principalei sale cărți *Whoshall Survive*, tradusă în franceză, în 1954, sub titlul *Fondements de la sociometrie*.

„Sociometria" lui Moreno comportă un ansamblu de metode „obiective" fundamentate pe *Studiul metodelor de interrelație spontană dintre oameni*, în scopul punerii în evidență a reacțiilor de afinitate și repulsie între indivizii dintr-un grup, sau a interrelațiilor dintre grupuri, transpuse grafic pe o „Sociogramă".

Sociograma caută să reprezinte grafic în cadrul *Socioterapiei* structura afectivă a unui grup. În acest scop, pe un tablou cu dublă intrare, denumit „sociomatriță", se înscrie tipul de relație (de atracție-simpatie, sau repulsie-antipatie) pentru fiecare individ în parte cu toți ceilalți „atomi sociali" ai grupului, intensitatea reacției de atracție sau de respingere fiind marcată selectiv pentru fiecare dintre indvizii studiați.

Diferențierea caracteristicilor ideo-afective ale fiecărui individ din grupul studiat se face cu ajutorul procedeului „psiho-dramatic" care se folosește atît ca metodă de explorare psihologică, cît și ca procedeu psihoterapeutic.

Tehnica procedurii psihodramatice constă într-o scenă improvizată de subiect pe o temă dată de terapeut care participă la „jocul scenic" ca regizor, analizînd și orientînd desfășurarea acțiunii.

Scena este jucată de două sau mai multe persoane reunite într-un grup pe cît posibil mai omogen ca nivel psihosocial, în cazul studiului interrelațiilor afective de grup, sau ca manifestare clinică în cazul tratamentului psihoterapic.

Subiectul hotărăște directivele jocului pentru „eurile (persoanele) auxiliare" și numai atunci cînd nu este capabil, distribuția este indicată de terapeut. În aceste condiții bolnavul este antrenat să se comporte ca un actor, fiind obligat să acționeze, adică să „iasă din boală", să-și dezvolte în ședințe succesive „spontaneitatea", trăindu-și activ stările sale subiective cu efect catartic binefăcător.

Moreno precizează că psihodrama constituie modalitatea de explorare sau de tratare a unei anumite persoane prin intermediul unui grup, adevărata terapie de grup constituind ceea ce Moreno denumește *Sociodrama*.

Terapia de grup, pe care Moreno o diferențiază sub denumirea de Sociodramă, presupune cunoașterea structurii grupului în ceea

Scanned with CamScanner

ce privește organizarea masei, curentele psihologice care o animă, poziția fiecărui individ ca „atom social" față de grup, cît și forțele de atracție pe care le exercită asupra altor grupări în cadrul „geografiei psihologice" ale unei societăți.

Corespunzător concepției lui Moreno rezultă că, spre deosebire de Psihodramă", „Sociodrama" ar constitui un procedeu socioterapic complex (care acționează „din grup și prin grup"), și a căror legi psihosociale nu sînt în mod obligator identice cu interrelațiile individului față de grup *.

În orice caz, în practica psihiatrică nu se poate face o diferențiere tranșantă între *„psihodramă" și „sociodramă"* ca proceduri diferențiate, diferențiere care devine necesară atunci cînd ne referim la studiul aspectelor dinamice din punct de vedere sociologic (care presupun o cunoaștere generală a fenomenelor de clasă, economice, ideologice, culturale etc.).

Pentru mai multă claritate, mai adăugăm că artificiul jocului scenic nu apare ca obligatoriu în cazul psihoterapiei de grup, deși psihiatrul continuă să rămînă mai departe un abil și fin regizor care dirijează desfășurarea integrării dezadaptatului în fluxul dinamicii psihosociale.

În concluzie, „Socioterapia" constituie un ansamblu de proceduri diferite prin care se urmăresc îmbunătățirea stării psihice a individului bolnav cu ajutorul mediului firesc sau organizat artificial :

Un tînăr afectat de psihoză discordantă, după un îndelungat efort terapeutic se ameliorează pînă în măsura ca ieșirile de încercare în mediul familial să apară pe deplin justificate. Ori de cîte ori părăsea însă societatea artificială de spital, la foarte scurt timp reapărea disociația psihică.

Oferindu-i-se spre îndrumare un grup de adolescenți nevăzători pentru a fi calificați în profesia de maseuri, și în care scop a învățat alfabetul Braille redactîndu-le cursurile, la scurt timp s-a produs stabilizarea remisiunii. Adică, în cadrul interrelațiilor de grup nevăzătorii au fost efectiv susținuți în inserarea lor socială de către „liderul" lor, handicapat afectiv, care și-a saturat astfel valențele integratoare prin „eurile auxiliare" cu ajutorul ergoterapiei ca mediator socioterapic.

Plecînd de la elementele psihanalizei și sociometriei, numeroși autori și-au adus contribuția la psihoterapia de grup, elaborînd diverse proceduri : Dreikurs (Chicago) procedeul „grupelor fără șef", corespunzător conceptului adlerian privind interrelațiile dintre individ și societate ; Bion (Anglia) procedeul inducției prin viața în

---

* J. L. Moreno : *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Ed. P.U.F., Paris, 1965.

Scanned with CamScanner

grup ; Diatkine, J. Dreyfus-Moureau, Socarras, Kestemberg, şi îndeosebi S. Lebovici, au diferenţiat „teatroterapia“ în practica pedopsihiatrică, fie sub forma conducerii şedinţelor scenice de către doi psihanalişti de sexe diferite, „simbolizînd cuplul părintesc“, fie prin metoda discuţiei libere, prin intermediul desenului, a jocului cu păpuşile etc., toate aceste proceduri intenţionînd să „descarce agresivitatea şi să epuizeze anxietatea nevroticului infantil“.

*

Psihoterapia complexă de integrare socio-profesională se realizează prin intermediul unei echipe formată din psihiatru, psihologi şi asistente sociale care acţionează în scopul readaptării handicapatului psihic, corelînd procedurile bio- şi psihoterapice individuale cu inducţia grupului integrator.

Rezultatele obţinute în cadrul centrului psihiatric din Iaşi — unde totalitatea personalului acţionează folosind explicit, în efortul de redresare a bolnavilor, pe lîngă bioterapia diferenţiată pentru fiecare caz în parte şi ergoterapia de grup ca mediator socioterapic reintegrator — ne conduc la convingerea că terapia tridimensională ar fi cea mai indicată în momentul actual al evoluţiei asistenţei psihiatrice.

Enunţînd cîmpul şi tendinţele psihoterapiei, am dori să se reţină că orice procedeu psihoterapic poate fi util, dacă pacientul resimte benefic inducţia sugerată (intuitiv sau explicativ) de către terapeut. Totodată, se remarcă posibilitatea întăririi efectului terapeutic în condiţiile antrenării „simpatiei psihologice“ de grup, care conferă „mediatorului“ calităţi inductoare deosebite.

În ceea ce priveşte discuţiile atît de controversate despre competenţa psihoterapeutului, considerăm ca utilă următoarea orientare :

— psihoterapia spontană de susţinere a oricărui suferind constituie o atitudine ideo-afectivă specifică interrelaţiilor umane a cărei valoare, uneori extraordinară, nu poate fi contestată ;

— psihoterapia integratoare poate fi condusă, corespunzător indicaţiilor medicale, şi de către psihologi cu pregătire adecvată acestor scopuri ;

— procedeele psihoterapice diferenţiate comportă o pregătire medico-psihologică calificată, concomitent cu o fină subtilitate intuitivă, perseverenţă suplă şi capacitate de rezonanţă altruistă faţă de suferinţă, însuşiri care conferă pacientului climatul de încredere necesar vindecării şi reabilitării sale ;

— psihoterapeutul — indiferent de formaţia sa — nu trebuie să uite că în spatele unor simptome aparent funcţionale se pot ascunde leziuni cu evoluţie gravă, dacă nu sînt la timp diagnosticate, după cum orice medic este avantajat în relaţiile sale cu pacientul, dacă foloseşte o corectă psihoterapie de susţinere.

Scanned with CamScanner

Despre bioterapie și medicația encefalotropă

Orice boală are o cauză naturală și nimic nu se întîmplă fără intervenția naturii.

Natura este primul medic al bolnavilor și numai favorizînd eforturile sale vom obține oarecare succese.

Oamenii nu au bucurie, bună dispoziție, prudență, plăcere, decît numai prin creier; prin el ne vin de asemenea tristețile, supărările, pierderea rațiunii. Prin creier cădem în delir, în manie, deoarece aceste stări se produc cînd creierul este bolnav.

Hipocrate (Apud Thomas Burnet, 1735)

Plecînd de la „naturismul" hipocratic și străbătînd lungul drum al cunoașterii medicale, psihiatria epocii moderne s-a diferențiat — în primul rînd — ca o atitudine morală de non constrîngere în așteptarea „efectului curativ al timpului, care ajută oricărui bolnav să se vindece prin el însuși".

În același timp, bioterapia * psihiatrică a evoluat, la rîndul ei, de la medicația simptomatică pînă la psihofarmacologia contemporană, în ultima decadă abordîndu-se cu succes problema compensării biochimice a dismetabolismelor encefalice generatoare de psihoze predominant endogene.

Găsirea și posibilitatea de folosire a unor factori terapeutici care să acționeze — după cum se exprima celebrul Paul Erlich — „ca un glonte asupra agentului patogen, fără a impieta asupra organismului", a constituit idealul medicinii din toate timpurile.

Cu toate progresele medicale obținute pînă în prezent, terapia etiologică a rămas totuși un ideal, deoarece chiar și penicilina, de exemplu, care acționează specific asupra anumitor microbi, influențează totodată nespecific întregul organism, în funcție de reactivitatea sa inițială.

Aceleași premise se pun în discuție și în cazul bioterapiei psihiatrice cu privire la modalitățile de reglare neuro-endocrino-umorală, prin care se adaptează continuu troficitatea encefalică, și prin ea însăși dinamica substratului activității psihice față de particularitățile specifice sau nespecifice ale terapeuticii folosite.

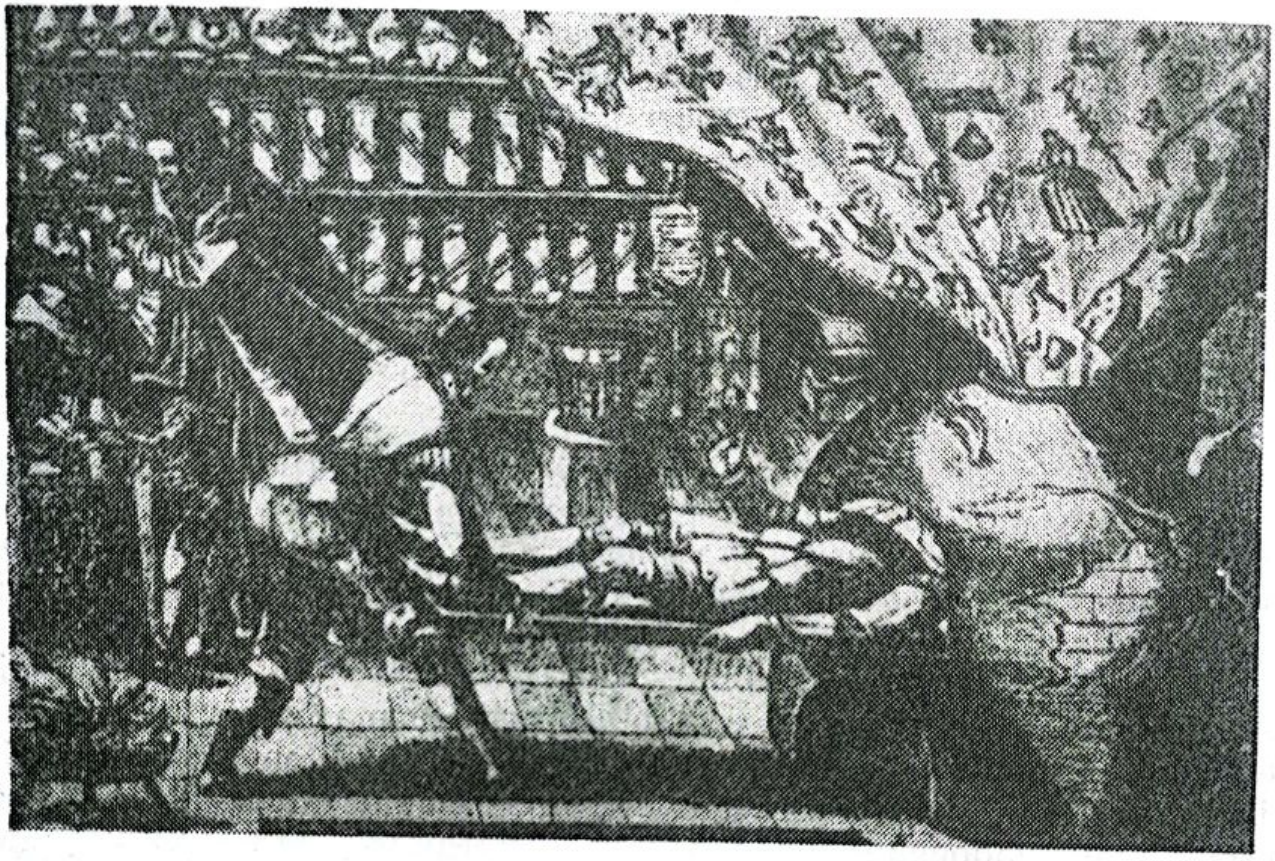
---

* Noțiunea de bioterapie se referă aici la ansamblul procedurilor cu acțiune biologică (specifică sau nespecifică) prin care se urmărește influențarea favorabilă a bolilor psihice.

Scanned with CamScanner

Bioterapia hipno-sedativă nespecifică

Stările psihotice au obligat totdeauna la o medicație de sedare, pe cît posibil mai activă, care a suferit o continuă transformare în decursul timpului.



Mathias Grenter (1564—1638) :

Gravura caricaturală, atestă folosirea piretoterapiei în tratamentul unor boli psihice încă din epoca Renașterii.

Ca medicație simptomatică de sedare s-a folosit cu precădere, de la începutul psihiatriei moderne, alcaloizii opiumului și derivații morfinici (morfina a fost sintetizată de Sertürner în 1813—1816), alcaloizii solanaceelor, alcoolul și hașișul, iar în India serepentina rauwolfia. Mai tîrziu, se introduc sărurile de brom (descoperite de Balard în 1826) și cloralhidratul (descoperit de Liebig în 1832).

Începînd cu sec. XX, farmacopeea sedativelor se completează cu seria barbituricelor, care include sinteza barbitalului (Veronal) realizată de Fisher și Mehrling în 1903 și a fenobarbitalului (luminal) descoperit simultan în 1915 de Loewe, Juliusburger și Impens, spre a continua apoi cu numeroasele produse hipnosedative cu acțiune scurtă, medie sau lungă, sintetizate în decursul ultimilor trei decenii.

Scanned with CamScanner

Folosirea pe scară largă a medicamentelor sedative nu asigură însă totdeauna rezultatele dorite, iar instalarea fenomenelor de obișnuință duceau în plus la creșterea dozajului și, în consecință, la accentuarea onirismului confuziv. Totodată, aplicarea intensivă a substanțelor narcotice, și îndeosebi asocierea lor, provocau fenomene de toxicitate cumulativă care contribuiau, între alte cauze, la menținerea unei mortalități crescute.

În decursul timpului, unele substanțe sedative s-au diferențiat apoi ca medicamente cu acțiune patogenică, ca de exemplu atropina în parkinsonism sau fenobarbitalul în epilepsie, în timp ce altele, ca de exemplu opiaceele, și-au pierdut prioritatea datorită extinderii terapiei prin șoc biologic și apoi a chimioterapiei neuroleptice.

După cum este îndeobște cunoscut, barbituricele — ca toate hipnosedativele în general — pot avea în raport de structura chimică, doză și starea inițială cerebrală, un efect sedativ (de liniștire a reactivității psihomotorii), un efect hipno-soporific (de adormire), sau un efect narco-anestezic (prin întreruperea sensibilității generale și suprimarea cunoștinței).

Dat fiind ampla utilizare a hipno-sedativelor în practica curentă, în tabelul sinoptic ce urmează, redăm principalele corpuri chimice în scopul indicării dozei maxime pe 24 ore.

Scanned with CamScanner

Acțiune hipno-narcotică ultra scurtă	Acțiune hipnotică scurtă	
(pe durata administrării i.v. a 0,5—2 g sare sodică)	Pînă la 4 ore	Doza medie
Tiopental (Pentotal, Nesdonal) ***Hexobarbital*** (Evipan, Hexobarbiton) ***Kemital*** ***Tiamital*** (Surital) ***Vinobarbital*** (Gelvinal) ***Baitinal*** ***Ulbreval*** ***Inactin*** ***Metitural*** (Tiogenal, Nerval)	***Ciclobarbital*** (Phandorm, Dormiphen) ***Pentobarbital*** (Nembutal) ***Secobarbital*** (Seconal, Imenoctal) ***Exobarbital*** (Noctivan)	0,1—0,3 0,1—0,2 0,1—0,2 0,1—0,2

SUBSTANȚE NEBARBITURICE CU

Hidroxidion (Viadril)-succinat sodic de 21-hidroxipregnandion 0,5—2 perfuzie ivi.
Ectiluree (Nostin) 0,15—0,30 ; ***Metilpurilon*** (Nodular) 0,20—0,40
Persedon (Benedorm) 0,12—0,25
Metilpentinol (Dormison) 0,5—1 ; ***Contergan*** 0,10
Cloretiazol (Heminevrin, Distronuerin) — derivat esterificat tiazolic al tiaminei 0,50—2
Glutethimidum — Glutemid (Doriden, Noxyron,, Glimid) 0,50—1,50
Merinax 0,40

*Efectul sedativ se obține de regulă

Supradozajul prelungit al barbituricelor induce starea de dependență și de sartrie, tremurături și tulburări de mers pînă la ataxie, nistagmus și tulburări

Scanned with CamScanner

ACȚIUNE HIPNO-SEDATIVĂ •

BARBITURICE

Acțiune hipnotică medie		Acțiune hipnotică lungă	
Pînă la 6 ore	Doza medie zi/g	Peste 6 ore	Doza medie zi/g
Ac. Alibarbituric (Sandoptal)	0,4—0,4	*Barbital* (Veronal, Barbiton)	0,3—0,5
Amobarbital (Amital, Eunoctal)	0,05—0,2	*Ac. Dialibarbituric* (Dial)	0,1—0,3
Aprobarbital (Alurat)	0,063—0,130	*Mefobarbital* (Mebaral)	0,1—0,2
Butabarbital (Butisol, Soneryl)	0,1—0,2	*Fenobarbital* (Luminal, Gardenal, Sevenal)	0,1—0,2
Butalilonal (Pernoston)	0,2		
Butelal (Neonal)	0,1—0,2		
Hexetal (Dial)	0,2—0,4		
Probarbital (Ipral)	0,25		
Propalilonal (Nostal)	0,1—0,3		

EFECT HIPNO-SEDATIV — Doza medie zi/g

Bromurile 1—3
Cloralhidrat și derivații săi 1—3
Paraldehida și derivații săi 3—8
Uretan și omologii săi 1—2
Sulfonele de etil 0,50—2
Morfina și substanțele morfinice 0,01—0,05
Scopolamina 1/4—1/2 mg

cu 1/4—1/3 din doza hipnotică.
suferință encefalică prin impregnare toxică : tulburări de vorbire pînă la dimintale de tip oniroid cu predominența tendinței suicidare.

Scanned with CamScanner

Terapia patogenică prin şoc biogen

Termenul de „Shock" (zguduire), folosit de H. Spencer pentru a defini excitaţia declanşatoare a influxului nervos, iar în vorbirea curentă spre a deosebi o acţiune violentă cu răsunet negativ asupra obiectului sau fiinţei care o suportă, în accepţiunea terapeuticii medicale comportă semnificaţia unor proceduri biologice sau psihologice intensive şi de scurtă durată, prin care se urmăreşte redresarea omului bolnav.

Noţiunea de şoc *terapeutic* în psihiatrie, se referă în primul rînd la procedurile necomatogene sau comatogene prin care se produce o modificare bruscă şi tranzitorie a triplei funcţii de reglare neuro-endocrino-umorală, în scopul restabilirii unui nivel funcţional psihosomatic pe cît posibil mai corespunzător stadiului anterior îmbolnăvirii.

Întrucît şocul biologic reprezintă doar o etapă empirică în evoluţia terapiei etiopatogenice — cu o multitudine de efecte necunoscute sau necontrolabile — este firesc ca terapeutul să le acorde o atenţie deosebită, plecînd de la principiul fundamental de *primum non nocere* *.

Bioterapia prin şoc hipertermic (piretoterapia)

Hipertermia poate să acţioneze în mod specific sau nespecific în cazul unor boli psihice, în raport cu natura factorului patogen, modul de acţiune al agentului piretogen şi starea iniţială de reactivitate a organismului bolnav.

Piretoterapia specifică presupune identificarea cauzei unei anumite boli, asupra căreia febra poate să producă vindecare.

---

* Ca o variantă interesantă a bioterapiei psihiatrice, se reţine tentativa chirurgiei bolilor mintale, respectiv a schizofreniei, constînd în secţionarea fibrelor de proiecţie fronto-diencefalică sau în topectomia cortexului cerebral frontal. „Psihochirurgia" a deziluzionat însă repede aşteptările prin rezultatele sale inconstante. Este de reţinut totuşi că leucotomia transcerebrală şi în ultimul timp stereotaxia intracapsulară rămîne ca o indicaţie extremă în cazul unor nevroze cenestopatice ireductibile la alte metode terapeutice. În aceeaşi ordine de idei, mai este de reţinut faptul că îndepărtarea unui focar cicatricial cerebral se impune în cazul unor anumite tulburări mintale, cît şi faptul că experienţa unor neurochirurgi japonezi preconizează stereotaxia nucleilor amigdalieni în stări de agresivitate epileptică. H. Narabapashi : *Stereotaxic amygdalatomy for behovior disorders of epileptic etiology*. V. World Congress of Psychiatry, Mexico, 1971).

** Efectul terapeutic favorabil pe care poate să-l provoace uneori hipertermia a fost remarcat încă din antichitate, Hipocrate dînd ca exemplu cazul lui Elcipio care s-a vindecat de manie după o stare febrilă, iar în evul mediu, regele Ludovic al XI-lea îşi solicită confesorul să se roage necontenit „ca divinitatea să-i trimită febra cvartă deoarece are o boală despre care medicii spun că nu poate fi vindecată altfel".

Scanned with CamScanner

Spre sfîrșitul sec. XIX-lea și anume în 1876, dr. Rozenblum, medic primar la ospiciul din Odesa, consemnează efectele favorabile determinate de febra recurentă asupra bolnavilor afectați de paralizie generală progresivă, observație care a fost însă cuprinsă repede de uitare.

Momentul decisiv în diferențierea hipertermiei ca metodă terapeutică etiologică în psihiatrie l-a constituit introducerea, în 1917, de către profesorul vienez Wagner von Jauregg, a infecției malarice ca tratament specific al paraliziei generale.

Contrar opiniei partizanilor teoriei despre specificitatea malariei, cercetările efectuate între alții de Besseman, Boak, Carpanter și Warren, Richet și Dublineau, C. Levaditi, Weichbrodt, Jahnel, au demonstrat că febra este factorul terapeutic deoarece treponemele sînt ucise în vitro în decurs de 60 minute la o temperatură de 41,5°C și în 120 minute la 41°C. De asemenea, treponemele cantonate experimental în șancrul scrotal al iepurilor sînt inactivate în decurs de 24 ore după menținerea animalului într-o etuvă la temperatura de 42°C, timp de o oră (în două reprize a 30 minute), vindecarea clinică producîndu-se în decurs de 3—5 săptămîni. Aceleași rezultate experimentale au fost obținute apoi și cu ajutorul hipertermiei provocată prin curenți de înaltă frecvență, în aceste condiții pentru distrugerea treponemelor in vivo fiind suficientă o ședință de 6 ore la 42°C.

Împotriva teoriei despre specificitatea hipertermiei malarice ca factor terapeutic în PGP pledează de asemenea și faptul că diverși autori au obținut rezultate clinice apropiate și cu ajutorul altor surse hipertermice. Noi am obținut rezultate comparabile cu malaria folosind emulsia de levură de bere * (metoda prof. Urechea modificată).

Hipertermia malarică este considerată tradițional ca fiind cea mai recomandabilă în tratamentul neurosifilisului, deși presupune să fie aplicată în mod obligatoriu numai în stațiuni speciale de impaludare, sub un riguros control științific. Prima stațiune de malarioterapie în România a fost creată de Leon Ballif și Mihai Ciucă la spitalul „Socola", în 1924, rămînînd mereu ca etalon de referință pe plan mondial.

În ceea ce privește semnificația piretoterapiei specifice, este pe deplin stabilit că rezultatele în neurolues sînt foarte bune în peste 90% din cazurile cu PGP cînd tratamentul cu febră + penicilină + săruri solubile de bismut, este aplicat în perioada clinică incipientă și de 100% în stadiul preclinic (depistat prin reacții de laborator).

Studiile și cercetările care s-au efectuat în Spitalul „Socola" cu privire la biologia hematozoarului palustru, au contribuit efectiv la

---

* P. Brânzei : *Date asupra evoluției terapeutice într-un serviciu de psihiatrie.* Ed. Medicală, București, 1957, pp. 224-248.

Scanned with CamScanner

eradicarea malariei, ele continuînd și în prezent sub egida OMS, concomitent cu cercetările actuale privind rolul stimulării nespecifice piretogene în terapia psihozelor.

Piretoterapia nespecifică

După cum ne-am referit deja la fiziopatologia schizofreniei, stimularea piretogenă paludică — cu un număr redus de accese febrile comparativ cu tratamentul neurosifilisului, (3—5 accese febrile) — apare a fi eficientă în primul rînd în formele incipiente de schizofrenie torpidă (forma hebefreno-catatonică) și îndeosebi atunci atunci cînd este asociată cu chimioterapia fenotiazinică. Totodată este interesant de reținut că stimularea biogenă paludică este însoțită de modificări ale homeostaziei umorale, fapt care demonstrează rolul său de activare imunitară nespecifică, competitivă cu procedurile de șoc comatogen.

Referindu-ne la efectele piretoterapiei nespecifice în cazul psihozelor endogene, remarcăm rezultatele bune obținute în cazul stărilor maniacale cu ajutorul sulfului administrat parenteral *, deși odată cu progresele terapeutice această procedură de stimulare biogenă nespecifică nu mai este utilizată decît în mod excepțional.

Influența favorabilă exercitată de sulfoterapia parenterală pare a fi determinată prin declanșarea proceselor imunitare, datorită rolului pe care îl exercită gruparea SH asupra troficității encefalice, fapt care deschide noi posibilități de studiu privind farmacodinamica nespecifică.

Bioterapia prin șoc comatogen

După izolarea insulinei de către Paulescu, Banting și Best, în 1922, și cristalizarea ei de către Abel, în 1926, tot mai numeroși clinicieni au folosit-o în doze mici pentru combaterea anorexiei melancolicilor și toxicomanilor.

Dr. Manfred Sakel, lucrînd în clinica prof. O. Pötzl din Viena, a remarcat accidental, în 1932, că morfinomanii deveneau mai liniștiți dacă erau menținuți un timp mai îndelungat sub efectul hipoglicemiant al insulinei, iar atunci cînd au intrat în coma insulică tulburările psihice au dispărut mult mai repede. Plecînd de la această observație a trecut apoi, în 1933, la tratamentul prin șoc insulinic comatogen a bolnavilor afectați de schizofrenie.

---

* Uleiul sulfurat 1% preconizat, în 1907, de către olandezii Bory și Schroeder în administrare intramusculară, a fost amplu folosit în trecutul apropiat ca agent piretogen atît în tratamentul psihozelor endogene, cît și în diverse afecțiuni medicale sau dermatologice.

Scanned with CamScanner

Terapia comatoasă insulinică la bolnavii afectați de schizofrenie a suscitat un interes deosebit în întreaga lume, datorită rezultatelor favorabile obținute, îndeosebi în cazul bolnavilor tratați în primul an de la apariția tulburărilor mintale.

Dificultățile tehnice și accidentele ce pot surveni i-a determinat în ultimul deceniu pe unii clinicieni să renunțe la coma insulinică în favoarea electroșocului, infinit mai ușor de aplicat și cu riscuri vitale indiscutabil mai reduse *, rezultatele obținute fiind la o primă vedere apropiate.

Urmărind de la început evoluția curei insulinice comatogene, în decursul timpului am ajuns la convingerea că metoda clasică necesită o revizuire, plecînd de la următoarele considerente :

— sensibilizarea care se produce în decursul timpului la administrarea dozelor progresive de insulină poate determina accidente vitale prin fenomene hiperergice ;

— prelungirea comei peste limita de balansare homeostazică devine cu atît mai necrobiozantă, cu cît nivelul său este mai profund ;

— repetarea șocurilor insulinice comatogene peste limita posibilităților de recompensare a encefalului handicapat este inutilă, bolnavul epuizîndu-și în plus rezervele energetice.

Plecînd de la aceste premise, începînd din 1950 noi am procedat la modificarea metodei clasice, reducînd în primul rînd (ca și Sereiski și Zak, însă independent de ei) doza de insulină, creșterea zilnică a dozei făcîndu-se doar cu 2—4 unități, pînă la obținerea șocului comatogen. Datorită acestei fine sensibilizări, intrarea în comă se produce de regulă, în medie, la 60—80 unități față de peste 150 u.i. în cazul metodei clasice, dispărînd totodată rezistența la insulină, cît și intrarea brutală și neprevizibilă în coma ireductibilă.

În același timp, durata comei insulinice a fost redusă la 30—45 minute (față de 2 ore și mai mult în cazul metodei clasice), iar în ceea ce privește numărul comelor, noi l-am redus de la cca. 50—70 (cît se preconizează în cadrul metodei clasice) la o medie de cca. 8—11 șocuri pentru o cură (care nu se repetă mai devreme de 6—12 luni).

Aplicînd acest procedeu mai blînd de provocare a șocului insulinic comatogen (procedeu de care nu ne putem încă dispensa), mortalitatea a fost redusă la zero, obținînd totodată rezultate terapeutice imediate și îndepărtate, cel puțin tot atît de bune, comparativ cu metoda clasică.

*

Von Meduna, psihiatru din Budapesta, contemporan cu M. Sakel și partizan ca și acesta al teoriei șocului în bioterapia psihozelor,

---

* Datorită profundelor modificări homeostazice, care se produc în cursul șocului comatogen insulinic, este necesară o continuă și competentă supraveghere medicală cu ajutorul unui personal suficient și bine pregătit.

Scanned with CamScanner

plecînd de la considerentul că între schizofrenie și epilepsie ar exista un antagonism biologic (considerent dovedit ca neflind corespunzător realității), recurge în 1932 la administrarea i.v. de oleu camforat 25%, spre a produce crize convulsive în scop terapeutic.

Acest procedeu incomod și plin de riscuri îl înlocuiește apoi, în 1936, cu un succedaneu al camforului și anume cu *pentilentetrazolul*, cu ajutorul căruia își lansează metoda care îi poartă numele.

Șocul metrazolic (cardiozolic) comatogen a cunoscut o largă utilizare pînă în 1950, cînd a fost integral înlocuit de procedura electroplexică.

Ca variante ale șocului chimic comatogen convulsivant mai poate fi menționat șocul provocat prin inhalare de bioxid de carbon preconizat de Meduna, șocul provocat prin inhalare de hexafluoro-dietil-eter preconizat, în 1957, de Kurland, șocul acetilcolinic folosit de prof. Fiamberti, șocul picrotoxinic etc.

În plină difuziune a șocului metrazolic convulsivant, intrat în competiție cu șocul insulinic, prof. Cerletti și colaboratorul său Bini lansează la Roma, în 1938, procedeul șocului convulsivant prin intermediul stimulării electrice cerebrale de scurtă durată (electroplexia sau electroșocul E.S.).

După un prealabil studiu experimental, Cerletti și Bini au trecut la aplicarea E.S. în clinică, primul bolnav tratat fiind afectat de o psihoză alcoolică halucinatorie cronicizată care s-a remis doar după cîteva ședințe convulsive foarte bine suportate.

În funcție de existența unei aparaturi corespunzătoare, procedeul E.S. s-a răspîndit apoi deosebit de repede în întreaga lume.

Întrucît aplicarea E.S. este deosebit de ușoară și riscurile vitale ca și inexistente, nu numai că s-a uzat în largă măsură de acest procedeu ca metodă de șoc biologic în tratamentul psihozelor endogene dar, totodată s-a și abuzat, prin extinderea acestuia în cadrul psihosindroamelor în interferență cu normalitatea, sau chiar și în cazul unor afecțiuni somatice.

Indicația majoră a E.S. îl constituie și în prezent melancolia anxioasă cu tendință suicidară, psihozele alcoolice, confuzia mintală și în mod cu totul particular encefalita psihotică azotemică acută, unde are sensul unei urgențe medicale. Analiza efectului salvator al E.S. în cazul encefalitei psihotice azotemice (delirul acut) indică totodată că electroplexia bine aplicată nu are un efect distructiv asupra creierului, deoarece în această situație ar trebui să favorizeze evoluția nefastă a delirului acut.

În scopul de a se evita accidentele provocate de convulsii (tasări vertebrale, luxații) s-a recurs la *electroșocul controlat* cu ajutorul narcoticelor și curarizării, preconizat încă din 1941 de Bennet, însă care a devenit aplicabil fără riscuri deosebite abia după 1951,

Scanned with CamScanner

cînd au intrat în circuitul farmaceutic miorelaxantele cu acțiune foarte scurtă.

Procedeul E.S. controlat constă în administrarea inițială pe cale intravenoasă a unui barbituric cu acțiune scurtă (baitinal, nesdonal etc.), narcoza fiind imediat urmată de administrarea succinilcolinei și apoi de aplicare E.S. sub controlul respirației, eventual prin intubație traheală.

Terapia electroplexică pune în discuție în ce măsură este necesară atingerea pragului convulsivant. În această privință se afirmă că folosirea unei excitări sub pragul convulsivant este mai puțin activă în terapia psihozelor, pacientul prezentînd totodată post-accesual o stare amnesto-confuzivă mai prelungită comparativ cu excitarea convulsivantă. Studiile prof. Delay au arătat totodată că după electro-absență s-ar găsi, spre deosebire de electroșocul convulsiv, în loc de hiperprotidemie—hipoprotidemie, în loc de acidoză — alcaloză, iar hipercloremia globulară ar lipsi.

Ca variantă a electroplexiei, noi am folosit „stimularea diencefalică" cu ajutorul unor excitații slabe de foarte scurtă durată (40—60 V, 0,1"), repetate de 4—5 ori la interval de 10' timp de cîteva zile consecutiv, cu rezultate clinice imediate tot atît de bune ca și în cazul procedeului major, în cazul encefalitelor psihotice sau a schizofreniei hebefreno-catatonice.

Cu toate că discuțiile asupra nocivității E.S. se mențin contradictorii și deși toți psihiatrii sînt dornici să folosească metode de tratament pe cît posibil mai puțin „șocante", cu toate progresele realizate cu ajutorul substanțelor encefalotrope, electroplexia rămîne totuși încă de neînlocuit în cazul anumitor stări psihotice de excepție, fapt care explică și descrierea noastră mai detaliată.

Bioterapia prin somn prelungit

Rolul somnului natural în reechilibrarea organismului constituie subiectul cel mai banal de observație, relaxarea hipnotică fiind totodată o ancestrală metodă de inițiere taumaturgică pentru blocarea sau vindecarea suferințelor morale sau fizice.

Misterul producerii somnului natural sau indus și al efectelor sale terapeutice a început să fie descifrat odată cu dezvoltarea neurofiziologiei.

Întemeindu-se pe studiul dinamicii proceselor cerebrale prin intermediul reflexelor condiționate, Pavlov ajunge la concluzia că atît somnul natural cît și hipnoza ar exprima procese fiziologice de inhibiție iradiată, cu rol de protejare și refacere a structurilor corticale, iar schizofrenia s-ar asemăna cu o stare de hipnoză cronică, da-

Scanned with CamScanner

torită predominanței proceselor de inhibiție stagnantă (care ar constitui în același timp un mecanism compensator față de stimulii supraliminari capacității funcționale corticale restante).

Studiind fenomenele de epuizare a mozaicului funcțional cortical (provocată la cîini prin „ciocnirea" acută a reflexelor înnăscute de alimentare și apărare sau prin supraîncordarea proceselor de analiză și sinteză), Pavlov și Petrova au constatat apoi efectele terapeutice ale dozelor mici de brom care „concentrează procesele de inhibiție iradiată".

Concomitent cu studiile lui Pavlov privind fiziologia somnului și rolul terapeutic al adîncirii proceselor de inhibiție, psihiatrul elvețian Klaesi a preconizat, în 1922, *narcoterapia profundă* (Dauernarkose), preluată apoi în Franța, în 1926, de prof. H. Claude și Baruk, sub o formă atenuată, prin intermediul scopocloralozei.

Procedeul narcoterapiei medicamentoase oferea avantajul (față de procedeul somnului hipnotic prelungit provocat prin sugestie) de a fi aplicabil la orice categorie de bolnavi psihici (se cunoaște că bolnavii cu psihoze sînt opaci la sugestia hipnotică), îndeosebi datorită faptului că realiza posibilitatea unei adînciri cu totul deosebite a proceselor de inhibiție prin mijlocirea somniferelor folosite. În același timp, procedeul narcoterapiei crea însă dezavantajul unor intoxicații severe și mari dificultăți de îngrijire, mai ales cînd tratamentul se aplica simultan la mai mulți bolnavi.

Dificultățile aplicării narcoterapiei profunde și afirmarea șocurilor comatogene a determinat părăsirea acestei proceduri în psihiatrie. Procedura inhibiției medicamentoase cunoaște însă un revirement datorită școlii sovietice cortico-viscerale, care o actualizează în tratamentul ulcerului gastric și al hipertensiunii arteriale sub varianta *somnului medicamentos parțial prelungit*, cu o durată de cca 20 ore zilnic, timp de trei săptămîni, metodă care a fost preluată apoi în toată lumea, inclusiv în domeniul psihiatriei.

*

Plecînd de la principiul menajării structurilor cerebrale în tratamentul tulburărilor psihosomatice prin adîncirea medicamentoasă a proceselor de inhibiție, noi am studiat în perioada 1950—1953 eficiența psihoterapiei mediată prin intermediul unui somn parțial superficial (cu durată medie de 12—15 ore, timp de 12—14 zile), aplicat simultan la un grup de 6—12 bolnavi, tratați de aceeași echipă, într-un salon comun, cu luminozitate redusă, însă niciodată în întuneric deplin *.

---

* Procedeul clasic al somnului medicamentos prelungit pretinde ca fiecare bolnav să fie tratat solitar într-o cameră, ferită de zgomot și lumină, singurătate sumbră care creează totuși — îndeosebi la persoanele depresive — o impresie penibilă cît și dificultăți de supraveghere a tratamentului.

Scanned with CamScanner

În aceste condiții starea hipnotică euforizantă produsă de barbiturice s-a arătat deosebit de favorabilă persuasiunii energizante, atît prin inducție reciprocă în cadrul grupului, cît și asupra fiecărui subiect în parte.

Analiza rezultatelor obținute prin acest procedeu psihoterapic de grup — mediat prin inducție hipnotică de o profunzime moderată — arată că din 200 bolnavi tratați s-au ameliorat în mod evident și stabil 141 (77,5%) și au rămas staționari 59 (22,5%), repartiția procentuală a rezultatelor pozitive pe diagnoze fiind următoarea :

Psihoze alcoolice (alcoolomanii)	94%
Nevroze obsesivo-fobice	81%
Melancolii	78%
Psihoze epileptice	61%
Manie	60%
Schizofrenie	51%

Rezultate asemănătoare metodei noastre psihosomatice * au fost obținute în Franța de către H. Faure care, începînd din 1958, a folosit simultan „somnul colectiv“ și „psihoterapia de grup“ și apoi de către Deschamps prin intermediul neurolepticelor.

Metoda narcoterapiei a fost tot mai mult părăsită după 1955, nu atît din cauza dificultăților de aplicare ci, în primul rînd, datorită dezvoltării terapiei neuroleptice, prin intermediul căreia se pot obține efecte de inhibiție protectoare fără provocarea unor fenomene narcotice propriu-zise.

---

* Întrucît acest studiu avea un caracter orientativ, bolnavii au fost selectați în primul rînd dintre cei cu o evoluție neinfluențată favorabil de tratamentele aplicate anterior, între care și cazuri de cauzalgii ireductibile sau alte sindroame psihosomatice neîncluse în tabel. Pentru detalii vezi *Date asupra evoluției terapeutice într-un serviciu de psihiatrie* (op. cit.).

Scanned with CamScanner

Chimioterapia predominant encefalotropă („psihotropă")

Progresele faustiene realizate în domeniul chimiei se reflectă și în sinteza unui impresionant număr de substanțe active înscrise recent în farmacopeea internațională.

Întrucît un număr remarcabil dintre aceste substanțe chimice acționează predominant asupra metabolismelor cerebrale și în consecință asupra activității psihice, în farmaceutică s-a diferențiat sectorul particularizat sub denumirea de *psihofarmacologie*, respectiv cu referire la substanțe *psihotrope*.

Datorită echivocului pe care-l creează termenul de „psihotropism" în cadrul unei discipline atît de exacte ca farmacologia, credem că se poate folosi cu același sens delimitativ noțiunea de *encefalotropism*, cercetările de farmacodinamie și psihologie experimentală relevînd faptul că substanțele „psihotrope" își exercită acțiunea cu precădere asupra tonusului psihomotor care rezultă din activitatea nervoasă superioară.

Chimioterapia encefalotropă a debutat în 1952, prin introducerea în terapeutica psihiatrică a Clorpromazinei *, datorită studiilor de pionierat efectuate în clinica de psihiatrie de la Sainte Anne-Paris de către Jean Delay și P. Deniker.

Clorpromazina și Reserpina **. substanțe cap de serie cu structură chimică total diferită, cît și derivații acestora, au fost definite de J. Delay și P. Deniker ca un nou grup farmacologic, diferențiat sub denumirea de *substanțe neuroleptice* *** (prin sinonimie cu noțiunea lui P. Janet despre „Psiholepsie"), în sensul unui efect de inhibare psihomotorie fără acțiune narcotică propriu-zisă, respectiv fără depresiunea manifestă a nivelului de conștiință.

Neurolepticele au cunoscut de la început o difuziune explozivă în toate sectoarele medico-chirurgicale, datorită unor efecte încă

---

* *Clorpromazina* a fost sintetizată în Franța, în 1950, de F. Charpentier, ca derivat aminic al fenotiazinei, înmatriculată de „Specia" sub denumirea de „Largactil".

** *Reserpina* a fost izolată ca alcaloid extras, în 1952, din rădăcinile arbustului Rauwolfia Serepentina („iarba nebunilor") de către Müler, Schilittler și Bein, înmatriculată de „Ciba" sub denumirea de „Serpasil", substanță hipotensoare ieșită în prezent din competiția drogurilor antipsihotice.

*** După cum preciza J. Delay, în 1955, la Colocviul internațional asupra clorpromazinei și medicamentelor neuroleptice în terapeutica psihiatrică, *deși substanțele neurotropice intră din punct de vedere farmacologic în marea grupă a terapeuticii sedative, ele păstrează, totuși, o anumită autonomie. În același timp, terapia cu neuroleptice se deosebește de terapia prin șoc, care se caracterizează prin provocarea unei reacții de alarmă a organismului față de agresiune.*

Scanned with CamScanner

nemaiîntîlnite asupra funcțiilor vegetative, iar prin efectul lor antipsihotic extraordinar au contribuit, în mod spectacular, la umanizarea și activizarea asistenței psihiatrice.

Grupul substanțelor encefalotrope a devenit apoi tot mai numeros și mai activ, prin modificarea continuă a substanței cap de serie, cît și prin sinteza altor corpuri cu efecte apropiate.

Odată cu dezvoltarea sintezei neurolepticelor s-au diferențiat atît substanțe cu efect neuroanaleptic („psihoanaleptice"), cît și substanțe neurodisleptice, adică perturbatoare ale mozaicului funcțional cerebral („psihodisleptice").

Datorită întregirii clasei substanțelor predominant encefalotrope, pe plan terapeutic s-a produs fenomenul de „somatizare" a psihoterapiei sau mai corect spus o mai largă integrare a psihiatriei în practica medicinii generale.

Deși studiul acțiunii substanțelor encefalotrope permite o grupare clinică pe seama unor aspecte neurofarmacodinamice dominante, nu se poate vorbi totuși de o specificitate terapeutică propriu-zisă. Se constată astfel că (în raport de starea inițială a activității nervoase superioare, doza și durata aplicării tratamentului) grupul substanțelor neuroleptice poate exalta activitatea psihomotorie, insomnia și neliniștea, iar encefaloanalepticele (deși sînt stimulatoare ale vigilității și psihomotricității) pot să producă un efect inhibitoriu, după cum substanțele din ambele grupe induc — în anumite împrejurări — și efecte psihodisleptice.

Datorită efectelor clinice diferite pe care le provoacă substanțele encefalotrope în raport cu starea inițială a organismului, rezultă necesitatea unei cunoașteri pe cît posibil mai exacte a perturbărilor asupra cărora ele pot acționa.

*

Pentru testarea acțiunii substanțelor encefalotrope se folosesc speciile cele mai variate de animale, începînd cu studiul modului cum își țese păianjenul pînza sub influența lor și terminînd cu studiul modului în care acționează asupra fricii sau agresivității mamiferelor.

Testele de toxicitate acută se referă la raportul ce rezultă dintre D.L. (doza capabilă să ucidă 50% din animalele cercetate) și D.E. 50 (doza unică eficientă pentru a determina o acțiune farmacodinamică la 50% dintre animalele cercetate).

Testul de toxicitate subacută și cronică trebuie să ia în considerare efectele de sumare și organotropismele medicamentelor administrate la un anumit dozaj în decursul unui timp îndelungat, inclusiv eventualele efecte disgenetice. În acest scop se urmărește curba ponderală, homeostazia, modificările viscerale, toleranța și modul de reacție a individului singuratic și în grup etc.

Scanned with CamScanner

Testarea efectelor neurodinamice se referă la reactivitatea animalelor supuse influenței substanțelor encefalotrope în ceea ce privește motricitatea, somnul și reglarea termică, ca de pildă prin înregistrarea automată a mișcărilor, inițiativa motorie, agilitate, forța musculară, echilibrarea reflexelor condiționate etc.

Testele de motilitate provocată sînt cel mai caracteristic exprimate prin „testul șoarecilor rotatori" (injectarea intraperitoneală a 1 g/kg amino-dipropinil provoacă o stare de agitație continuă cu alergare în cursă circulară) care cedează (sau nu se produce) sub influența neurolepticelor. Testul la amfetamină: administrarea unei doze nemortale de amfetamină pentru un șoarece izolat, *provocă o agitație mortală dacă se face la un grup de șoareci;* administrarea prealabilă de neuroleptice blochează efectul amfetaminic.

Testele pentru somn se apreciază curent prin cercetarea reflexului de redresare de pe spate pe labe („righting reflex") care nu se poate produce la șoarecele și cobaiul adormit. Reflexul de redresare (pe care noi l-am cercetat la pești) nu este blocat de neuroleptice.

Iproniazida, izocarboxazida și imipramina, în doze mari, potențează somnul barbituric, deși sînt considerate psihostimulatoare (encefaloanaleptice), în timp ce adevăratele encefaloanaleptice, ca amfetamina și substanțele convulsivante (metrazol, ahipnon etc.), antagonizează somnul barbituric *.

Testele pentru temperatură relevă faptul că neurolepticele exercită în general un efect hipotermizant (care se poate inversa la doze mari); neuroanalepticele au un efect hipertermizant, iar tranchilizantele nu modifică temperatura.

Testele pentru cercetarea efectelor cataleptizante au creat impresia că pe măsură ce aceste efecte ar fi mai accentuate la animal, respectivele substanțe ar fi mai antipsihotice la om. Această constatare, foarte interesantă, nu se confirmă însă integral, deoarece există și neuroleptice cu efecte antipsihotice sigure, dar fără efecte puternic cataleptizante.

Testele pentru reactivitatea emoțională (reacția spontană de spaimă și reacția defecației la excitațiile electrice) se folosesc în mod diferențiat pentru estimarea calităților anxiolitice a unei substanțe encefalotrope.

Testele antireserpinice (pentru serotonină) relevă faptul că unele droguri cu proprietăți stimulatoare asupra psihomotricității și de potențare a efectelor narcotice ale barbituricelor, ca iproniazida de exemplu, se opun totodată potențării somnului barbituric prin reserpină și la reinducția somnului pe șobolanul trezit din somnul barbituric. Astfel, animalul care a primit o doză activă de iproniа-

---

* Pentru detalii orientative: *Actualité thérapeutique* (ser. 1, 1963; 2, 1967; 3, 1972). Ed. Masson.

Scanned with CamScanner

zidă nu adoarme sub acțiunea conjugată a fenobarbitalului și a reserpinei. Testul antireserpinic coincide, în cazul anumitor neuroanaleptice, cu probele nespecifice de hipertermie și de potențare a hipertensiunii arteriale prin adrenalină, cît și cu probele de inhibare

De la agresivitate la serenitate *

a dispariției serotoninei pe homogenatul de ficat în vitro, sau cu scăderea în excreția urinară a ac. 5 hidroxi-indolacetic.

Testele pentru comportamentul liber cercetează agresivitatea prin „testul peștilor combatanți" și testul „nebuniei morfinice" (1—2 ctg morfină i.m. provoacă la pisică o vie agitație halucinatorie și midriază care este suprimată de clorpromazină și preîntîmpinată de reserpină). În cazul testului reacției condiționate de fugă (declanșarea reflexului înnăscut de fugă la o excitație electrică, condiționat prin asocierea sunetului) : neurolepticele blochează numai componenta condiționată, reflexul absolut de fugă păstrîndu-se activ ; tranchilizantele administrate în doze mari blochează de regulă ambele modalități de reacție (înnăscută și condiționată).

*

Complexitatea studiilor bio-psihologice pe care le comportă terapeutica psihiatrică contemporană, implică o activitate în echipă

---

* Apud V. Baltzer, H. Helfer, R. Jaques, H. J. Bein : *Tacitine*. Ed. CIBA, Bâle, 1970.

Scanned with CamScanner

a medicilor, fiziologilor, psihologilor, chimiștilor și farmacologilor, prin intermediul cărora se va ajunge în viitorul apropiat la o mai amplă cunoaștere a biochimiei psihozelor. În acest mod se va ajunge la identificarea și crearea de medicamente cu valență relativ deschisă pentru o anumită tulburare psihică, fapt care deja se întrezărește prin continua perfecționare a diverselor substanțe encefalotrope, cît și a creșterii maniabilității lor prin realizarea corpurilor cu acțiune prelungită *, subiect amplu dezbătut în cadrul celui de al V-lea Congres mondial de psihiatrie și apoi cu ocazia celui de al XI-lea Congres internațional de neuro-psihofarmacologie, Viena, 1978.

*Grupa substanțelor predominant ** encefaloleptice (neuroleptice sau psiholeptice)* poate fi subîmpărțită, în raport de particularitățile farmacodinamice ale corpurilor chimice pe care le cuprinde, în *encefaloleptice* minore sau tranchilizante și *encefaloleptice majore* sau antipsihotice propriu-zise.

Encefalolepticele „minore" (liniștitoare, tranchilizante, ataractice, anxiolitice, timoleptice) alcătuiesc un grup heterogen de corpuri chimice, caracterizat prin reducerea încordării psihice, fără a exercita însă în doze terapeutice o influență manifestă asupra vigilității ca în cazul sedativelor propriu-zise.

Encefalolepticele „majore" (antipsihotice propriu-zise) constituie un grup de corpuri chimice predominat de aminele fenotiazinice, al cărui cap de serie îl constituie clorpromazina. Față de clorpromazină s-au diferențiat apoi, pe de o parte, corpurile chimice cu efecte mai „blînde", apropiate de al encefalolepticelor minore, și pe de altă parte, seria corpurilor „incisive", adică puternic cataleptizante — ca în cazul capului de serie al proclorperazinei (Stémétil) sau cu inducție sedativ-hipnotică — ca în cazul levomepromazinei (Nozinan).

Grupa substanțelor predominant encefaloanaleptice (neuroanaleptice, psihoanaleptice, timoanaleptice). Grup heterogen de corpuri chimice, care poate fi împărțit relativ arbitrar în subgrupa substanțelor encefaloanaleptice *psihotone* (cu efecte predominant stimulatoare ale vigilității și dispoziției) și substanțe encefaloanaleptice energo-euforizante sau cu efect anxiolitic-predominant antipsihotic.

---

* L. Julou : *Etude expérimentale des neuroloptiques injectables à action prolongée.* Actualités pharmacologiques (25 série), Ed. Masson, Paris, 1972.

** Adjectivul „predominant" are ca scop de a preciza aici pe de o parte că între substanțele encefalotrope există o întrepătrundere de efecte care nu permite o delimitare strictă pe categorii, și pe de altă parte, de a sublinia faptul că substanțele „psihotrope" activează nemijlocit și asupra efectorilor periferici (placă neuro-musculară, mușchi, glande, viscere și umori).

Scanned with CamScanner

Grupa substanțelor predominant encefalodisleptice (neurodisleptice, psihodisleptice, halucinogene).

Luînd în considerare substanțele halucinogene propriu-zise (mescalina, psilocina, psilocibina, ac. lisergic), ținem să repetăm totuși că atît neurolepticele, cît și neuroanalepticele pot avea o acțiune disleptică în raport cu starea inițială a organismului, doza și durata tratamentului aplicat. Pentru aceste considerente, orice medicație predominant encefalotropă necesită a fi indicată diferențiat și sub un control clinic calificat.

Dată fiind larga răspîndire a drogurilor encefalotrope în circuitul farmaceutic *, în scopul unei priviri orientative de ansamblu, redăm în continuare, sub forma unor tabele sinoptice, caracteristicile principalelor substanțe encefalotrope folosite în terapeutica psihiatrică, corespunzător clasificației clinice folosită de noi **.

FINTINARU NECULAI

* Pentru detalii asupra acestui subiect, vezi studiul *Terapie psihotropă*: V. Predescu și colaboratorii. Ed. Medicală, București, 1968; și T. Ciurezu, Georgeta Timofte: *Medicamente psihotrope moderne*. Ed. Medicală, București, 1973.

** În următoarele tabele sinoptice sînt redate în primul rînd corpurile chimice care au fost studiate în spitalul Socola, în decursul ultimilor 10 ani, la cererea Institutului pentru Controlul de Stat al Medicamentului și Cercetări Farmaceutice al R.S.R.

Scanned with CamScanner

DENUMIRE	PREZENTARE/mg	ADMINIS-TRARE/zi în mg
Meprobamat Procalmadiol (Miltown, Equanil, Cypron, Andaxin, Pertranquil, Meprotan, Carbaxin) *di-carbamoil oximetil-pentan*	Cp. = 200—400 Sup. = 200—400 F. = 400	600—1 600
Metilpentinol carbamat (N. Oblivon)	Cp. = 10	30—60
Hidroxizin (Atarax, Vistaril) *disubstituit al piperazinei : clorbenzidil (hidroxitoxietil) dietilendiamină*	Cp. = 10 Sol. = 2% F. = 10/ml	30—60
Clordiazepoxid Metaminodiazepoxid (Librium, Napoton) *Clor metil aminofenil-benzodiazepin*	Cp. = 5—10	10—40
Benzodiazepin Diazepam (Valium) *dihidrometil fenilbenzodiazepin*	Cp. = 5—10 Sup. = 10 Sol. = 1% F. = 10/ml	10—60
Dibenzodiazepin (Noveril)	Cp. = 25	120—480
Melitracen (Trausabun, Dixeran) *dimetilamino-propiliden dimetil-hidroantracen*	Cp. = 10—25 F. = 20/2 ml	30—200
Benactizinum (Suavitil, Procalin, Amitacan, Amizil, Nervatil) *ester dietilaminoetanolic al ac. benzilic*	Cp. = 1	2—6
Azaciclon (Frenquel) *Clorhidrat de piperidil-benzidrol*	Cp. = 10	30—120

Alte corpuri cu efect tranchilizant sau anxiolitic : fenil-benzodiazepin (Nobrium) ; nitrazepam (Mogadon) ; lorazepam (Temesta) ; oxazepam (Serax, Praxiten, Adumbran) ; clorazepat-dipotasic (Tranxène) ; dibenzo-biciclo-octadiena (Tacitine) ; protiaden (IZ 914 Sandoz) ; dibenzepin (Noveril), valnoctamide

Scanned with CamScanner

LEPTICE, PSIHOLEPTICE) „MINORE"
anxiolitice)

EFECTE PRINCIPALE	EFECTE SECUNDARE	CONTRA-INDICAŢII
Inhibitor al hiperexcitabilităţii psihomotorii, miorelaxant, antalgic. Potenţează somnul barbituric. Anticonvulsivant secundar. Reduce anxietatea de suprafaţă (reactivă), eretismul vegetativ, insomnia.	Somnolenţă, cefalee; reacţii alergice, iritaţii gastrice, hipotensiune. *Fenomene de obişnuinţă* care dispar după întrerupere.	Intoxicaţie acută cu alcool şi hipnotice, stări comatoase. Conducători autovehicule, miastenie, glaucom. Insuficienţă hepatică şi renală.
Apropiate de Meprobamat.	Apropiate de Meprobamat. Nu creează obişnuinţă.	Aceleaşi ca la Meprobamat.
Apropiate de Meprobamat.	Apropiate de Meprobamat. Nu creează obişnuinţă.	Aceleaşi ca la Meprobamat.
Apropiate de Meprobamat. Nu este hipnotic, nu reduce capacitatea intelectuală.	Fenomene hipotensoare moderate, vertige. Nu creează obişnuinţă.	Aceleaşi ca la Meprobamat.
Apropiate de Librium, însă mai soporific.	Apropiate de Librium.	Aceleaşi ca la Meprobamat.
Apropiate de Diazepam.	Apropiate de Diazepam.	Aceleaşi ca la Meprobamat.
Apropiate de derivaţii dibenzodiazepinici.	Apropiate de Diazepam.	Aceleaşi ca la Meprobamat.
Anticolinergic, sedativ central şi anticonvulsivant secundar, potenţează somnul barbituric; corectează eretismul ideo-afectiv, hiperemotivitatea, anxietatea reactivă.	Uscăciunea mucoaselor, midriază. Scade capacitatea de reactivitate psihomotorie şi reflex-condiţionată. Nu creează obişnuinţă.	Aceleaşi ca la Meprobamat.
Neurosedativ-nehipnogen. Nu potenţează barbituricele. Antihalucinator, psihoze acute.	Adrenolitic, efecte hipotensoare tranzitorii. Nu creează obişnuinţă.	Acelaşi ca la Meprobamat. Psihoze cronicizate depresiv-melancolice.

(Nirvanil); orfenadrin (Disipal); flufenazina (Sevilon); tiopropazat (Dartalan); melitracen (Trausabun) etc.

Dozaj variabil în miligrame: dozajul slab, efect timoleptic; dozajul forte, efect anxiolitic şi inductor al somnului.

Contraindicaţii: Aceleaşi ca la Meprobamat.

Scanned with CamScanner

DENUMIRE	PREZENTARE/mg	ADMINISTRARE/zi în mg
Clorpromazini hidrocloricum (Largactil, Megaphen, Thorazin, Clordelazin) *cloro dimetilamino-propil, fenotiazin-maleat*	Cp. = 25—100 Sol. = 4% Sup. = 25—100 F. = 25/5 ml 50/2 ml : (pt. perfuzii i.v.)	*Dozaj slab :* 150—400 *Dozaj mediu :* 500—900 *Dozaj forte :* 1000—2000 *Cură întreținere :* 50—100
Promazinum hydrocloricum (Sparin, Delazin, Romtiazin) *dimetilaminopropil, fenotiazin-maleat*	Cp. = 25—100 F. = 30/5 ml	25—200
Acetilpromazinum (Plegycil, Notensil) *ac. acetil dimetil-amino propil-fenotiazin*	Cp. = 10—250	30—100
Alilmemazinum Trimeprazina (Théralèn, Nédeltran, Pénectil etc.) *Clorhidrat de metil dimetilaminopropil, fenotiazin*	Cp. = 5 Sol. = 4% Sup. = 20 F. = 25/5 ml	10—40
Levomepromazin (Nozinan, Neurocil, Veractil) *Levo-metoxi metil dimetilaminopropil, fenotiazin*	Cp. = 25—100 Sol. = 4% Sup. = 10—50 F. = 25/ml	25—400

Alte amine fenotiazinice „majore blinde" : metromazina (Mopazin) ; mepazin (Pecazin, Pacatal) ; trifluprom azina (Vesprin) ; prometazina (Phénergan, Atasil, Romergan) ; Pimozide (R 6238) etc. Sulpirid (Dogmatil, Suprium).

Scanned with CamScanner

LEPTICE) „MAJORE-BLÎNDE"

slabe sau moderate)

fenotiazinice

EFECTE PRINCIPALE	EFECTE SECUNDARE	CONTRA-INDICAȚII	OBSERVAȚII
Adrenolitic, antihistaminic, antiserotoninic, antiemetic, cataleptizant, hipotermizant. Induce somnul și potențează efectul barbituric. Antipsihotic de referință, activ atît în stările acute cît și în psihozele cronicizate, stări halucinatorii și confuzionale ; blochează agresivitatea și agitația. Corp chimic cap de serie fenotiazinică și de referință neuro-farmacodinamică.	Cataleptizant pînă la apariția fenomenelor extrapiramidale. Hipoenergizant pînă la blocaj instinctiv-emoțional. Hipotensiune, pareze ale musculaturii netede, icter toxic, agranulocitoză, fen. cușingoide, fotosensibilizare.	Intoxicații acute cu alcool și barbiturice, stări comatoase, febră, insuficiență hepatică, hipotensiune arterială, leucopenie, discrazii sanguine, epilepsie.	*Fenomenele extrapiramidale provocate de encefaloleptice în general,* sînt preîntîmpinate sau blocate prin administrarea substanțelor antiparchinsoniene de sinteză și îndeosebi prin Ponalid retard: 5 mg × 2/zi. În situație acută atropină sulfurică 1—3 mg/zi i.m. În stările de colaps provocate prin neuroleptice, se administrează perfuzii lente i.v. cu noradrenalină, asociată cu seria vitaminelor B, și hidrocortizon, analeptice centrale.
Apropiate Clorpromazinei. Indicat în psihozele acute cu agitație psihomotorie și halucinații oniroide ; toxicomanii, sindr. psihosomatice.	Mai reduse ca la Clorpomazină. Raș benign tranzitoriu	Psihoze depresive cronicizate și schizofrenie.	
Apropiate promazinei. Blochează convulsiile provocate prin nicotină și metrazol.	Hipotensiune, tahicardie, somnolență, astenie. Efecte deprimante antiemetice și hipotermizante mai intense comparativ cu Clorpromazina.	Aceleași ca la Clorpromazină.	
Mai activ decît clorpromazina în ceea ce privește efectele parasimpaticolitice. Potențează mai eficient narcoticele și barbituricele.	Apropiate Acetilpromazinei.	Aceleași ca la Clorpromazină.	
Efecte neuro-sedative. Antihistaminic, analgetic și anxiolitic, de 3 ori mai activ comparativ cu Clorpromazina. Antipsihotic major în cazul melancoliei anxioase și al stărilor de agitație psihomotorie.	Toxicitate mai redusă comparativ cu Clorpromazina ; somnolență, astenie, uscăciunea mucoaselor.	Aceleași ca la Clorpromazină.	

Scanned with CamScanner

2 — Corpuri piperazinate cu efect

DENUMIRE	PREZENTARE/mg	ADMINISTRARE/zi în mg
Clorprotixen (Truxal, Tarâctan) *transisomer de clor-dimetilamino-propiliden, tioxanten*	Cp. = 5 15 50 100 Sol. = 1%—5% F. = 50/ml	15—150
Flupentixol-Fluanxol *Trifometil hidroxietil piperazinil-propiliden, tioxanten*	Cp. = 1 Sol. = 0,4% F. = 20/ml (decanoat — retard)	0,5—15 20—40 1 fiolă i.m. la 14—30 zile
Tiotixen (Navane) *izomer dimetil-piperazinil propiliden, tioxanten-sulfamidă*	Cp. = 10	10—60
Dixiprazin (Esucos) *metil hidroxi-etil piperazinil, propil-fenotiazin*	Cp. = 10—25 Sol. = 2% Sup. = 20 F. = 10/ml	*Dozaj slab :* 30—50 *Dozaj mediu :* 50—100 *Dozaj forte :* 100—200
Perazinum (Taxilan) *metil-piperanizinil propil fenotiazin-dimanolic.*	Cp. = 25—100 F. = 50/2 ml	*Dozaj slab :* 25—100 *Dozaj mediu :* 200—600 *Dozaj forte :* 600—1200
Tioridazin (Melleril) *metilmercapto-N-metilpiperidil, etil-fenotiazin*	Cp. = 5—(Melerette) 30 50 200 retard	*Dozaj slab :* 5—10 *Dozaj mediu :* 25—100 *Dozaj forte :* 100—800 —1 200

Scanned with CamScanner

LEPTICE) „MAJORE-BLÎNDE"

cataleptizant slab sau moderat

EFECTE PRINCIPALE	EFECTE SECUNDARE	CONTRA-INDICAŢII
Efecte sedative, cataleptizante şi anxiolitice mai intense comparativ cu Clorpromazina. Indicaţii largi în psihosmatică şi psihiatrie.	Toxicitate mai redusă comparativ cu Clorpromazina. Somnolenţă, astenie, desinteres. Efecte extrapiramidale moderate.	Aceleaşi ca la Clorpromazină.
Acţiune apropiată de Truxal şi Sordinol, însă fără efecte sedative. Indicat în nevrozele anxioase şi psihozele cronice.	Aceleaşi ca la Clorprotixen.	Aceleaşi ca la Clorpromazină.
Efecte apropiate de grupul tioxantenelor şi ale fenotiazinelor. Antipsihotic cu indicaţii îndeosebi în cazul psihozelor cu predominanţa fenomenelor hipotimice discordante cronicizate.	Apropiate Clorpromazină.	Aceleaşi ca la Clorpromazină.
Efecte apropiate de tioridazină şi levomepromazină prin predominenţa acţiunii anxiolitice. De 2,5 ori mai activ comparativ cu Clorpromazina.	Apropiate Clorpromazină.	Aceleaşi ca la Clorpromazină.
Efecte anxiolitice apropiate de Tioridazină.	Apropiate de Clorpromazină.	Aceleaşi ca la Clorpromazină.
De 2—3 ori mai puţin sedativ, de 10 ori mai puţin cataleptizant şi de 10 ori mai anxiolitic comparativ cu clorpromazina. Indicaţii în toată gama tulburărilor psihice, acute sau cronicizate.	Toxicitate redusă comparativ cu clorpromazina. La dozaj forte se notează somnolenţă, vertige, uscăciunea mucoaselor.	Aceleaşi ca la Clorpromazină.

Scanned with CamScanner

(Amine fenotiazinice piperazinate,

DENUMIRE	PREZENTARE/mg	ADMINISTRARE/zi în mg
Proclorperazin (Stémétil, Compazin, Nipodal, Propizin, Emetiral) *clorometil-piperizinil propil-fenotiazin*	Cp. = 1—10 Sol. = 1%—4% Sup. = 5—25 F. = 25/5 ml	*Dozaj slab :* 10—30 *Dozaj mediu :* 100—200
Tioproperazin Sulfamidofenotiazina (Majeptil, Vontil) *dimetilsulfamido, metilfenotiazin.*	Cp. = 1—10 Sol. = 4% F. = 10/ml	*Dozaj slab :* 5—30 *Dozaj mediu :* 30—60 *Dozaj forte :* 60—150 *Cură întreținere :* 2—5
Trifluoperazin (Stelazin, Terfluzin, Théraplix, Vesperin) *trifluormetil-pierazinil propil-fenotiazin.*	Cp. = 1—5—10 F. = 1/ml	Același ca la Majeptil
Metophenazin (Frenolon) *trimetoxi-benzoil clorfenotizinil, propil-piperazin*	Cp. = 5 F. = 5/ml	15—40
Clopentixol (Sordinol, Ciatyl) *clor hidroxietil-piperazinil propiliden tioxanten*	Cp. = 5 10 25 Sol. = 2,5% F. = 25/ml	10—75
Flufenazin (Lyogen, Moditen) *piperazinil-propil, trifluorometil-fenotiazin*	Cp. (clorhidrat) = 0,25—1—2—4 decanoat-retard : Cp. = 3—6 F. = 25/ml retard 25/ml	03—20 1 fiolă i.m. la 15—30 zile
Clorimfenin (Ponsital) *Clorometil-oxiimidazolidil piperazinil-propil, fenotiazin-dihidrocloric*	Cp. = 2—5 F. = 5/ml	5—20

Alte amine feniotizinice antipsihotice

Propericiazina (Neuleptil)	Efecte pozitive în epilepsie, schizofrenie și caracteriopatii, nevroze obsesive. Dozaj apropiat de al tioproperazinei	Oxipertin (Forit)
Clorfentazina (Trilafan, Decentan)		Pipotiazin (Piportil 193666 R.P., Piportil M_2 retard, Piportil L_4 retard).
Perazina (Taxilan)		

Alte corpuri antipsihotice fără efect encefaloleptic : Sărurile de Litiu—Priadel, Hipnorex (carbonat-retard) ; Quilonorm (carbonat-retard) și Quilonum (acetat) ; acțiune de elecție asupra stărilor maniacale ; efect incert în melancolie și PMD.

Scanned with CamScanner

„MAJORE INCISIVE") — ANTIPSIHOTICE DE ELECȚIE

cu efect puternic cataleptizant)

EFECTE PRINCIPALE	EFECTE SECUNDARE	CONTRA-INDICAȚII
Corp chimic cap de serie și de referință neuro-farmacodinamică. De 4 ori mai antiemetizant și evident mai cataleptizant comparativ cu clorpromazina.	Efecte extrapiramidale hipertonico-hiperchinetice	Aceleași ca la Clorpromazină.
De 150 ori mai antiemetizant și mai cataleptizant, comparativ cu clorpromazina. Fără efecte sedative. Efecte slabe adrenolitice, antiserotoninice, antihistaminice și hipotensoare. Antipsihotic major, îndeosebi în schizofrenie.	Efecte cataleptizante incisive cu neliniște motorie anxiogenă.	Aceleași ca la Clorpromazină.
Apropiate de ale Tioproperazinei.	Apropiate de ale Tioproperazinei.	Aceleași ca la Clorpromazină.
Efecte sedative, cataleptizante și anxiolitice mai intense comparativ cu clorpromazina, iar toxicitatea mai redusă. Dilatator coronarian. Indicat de preferință în psihozele cronicizate cu nucleu delirant.	Efecte extrapiramidale mai accentuate comparativ cu Clorpromazina.	Aceleași ca la Clorpromazină.
Efecte antipsihotice evident superioare. Parenteral, acțiune promptă în agitația majoră.	Efecte extrapiramidale și sedative mai accentuate comparativ cu Clorpromazina, însă cu toxicitate mai redusă	Aceleași ca la Clorpromazină.
Antipsihotic cu spectru larg, puternic cataleptizant la dozaj forte. Remarcabil în tratamentul prelungit al psihozelor.	Apropiate de Majeptil.	Aceleași ca la Majeptil.
Antipsihotic deosebit de activ în stările de agitație acută.	Apropiate de Majeptil.	Aceleași ca la Majeptil.
Cu nucleu piperazinic : Efecte remarcabile îndeosebi în cazul formelor severe de schizofrenie juvenilă. Dozaj apropiat de al flufenazinei.	*Derivați butirofenonici :* Haloperidol, Triperidol, Haloanison, Metilperidol (Luvatrène)	Efecte pozitive cu predilecție asupra nucleului delirant al psihozelor. Toxicitate redusă, îndeosebi în cazul Luvatrenului.

Dozaj mediu : 400—800 mg/zi.

Efectele secundare se evită prin dozarea litemiei ; prag optim = 0,8-1 mEq/litru.

Scanned with CamScanner

DENUMIRE	PREZENTARE/mg	ADMINISTRARE/zi în mg
Amfetamin (Benzedrin, Pervitin, Maxitin, Tonedron, Aktedron, Phénédrin)	Cp. = 3—5 Sol. = 1%	3—30
Metilfenidat (Ritalin, Centedrin) *ester metilic al ac. fenilpiperidilic*	Cp. = 5 Sol. = 1%	10—50
Pipradol (Meratran) *Clorhidrat de alfa piperidil benzidrol*	Cp. = 1	5—50
Aptodiamin (Covatin)	Cp. = 20—50	100—150
Facetoperan (Lidépran) *Derivat de piperidil-acetoximetan*	Cp. = 5—20	5—100
Centrophenoxin (Lucidril, Meclofenoxat) *para-clorofenoxiacetat dimetilaminoetilic.*	Cp. = 100—250 Sup. = 200 F. = 250—500	100—400
ASFA 1 *Ac. 4 sulfonamido-fenoxiacetic* (Sinteză Gh. Botez, Iaşi, 1948)	Cp. = 250 Sol. = 10%	250—1 000
Piracetam (Nootropil) *pirolidon acetamid* *UCB 6215*	Cp. = 400 F. = 1000/5 ml	800—6 000

Alte substanţe psihotone: amfetaminil (Aponeuron); fenmetrazin (Preludin); piritioxina (Encephabol); tencamfamin (Reactivan).

Efedrina şi congenerii adrenalinei; cafeina şi congenerii xantinici metilaţi; stricnina; bemegrid (Ahypnon, Mégimide) — în doze mari antagoni-

Scanned with CamScanner

STIMULATOARE ALE VIGILITĂȚII) SAU „NOOTROPICE"

EFECTE PRINCIPALE	EFECTE SECUNDARE	CONTRA-INDICAȚII
Simpaticomimetic energo-euforizant, activator central cu predominență corticală. Antagonizează efectele neurolepticelor și al barbituricelor. Influență favorabilă în psiho-sindroamele asteno-depresive.	Exaltare psiho-motorie; insomnie ; oscilații ale tensiunii arteriale, colaps. Anorexiant. Tratamentul prelungit poate crea dependență toxicomanică.	Hipertensiune arterială, tuberculoză, hipertiroidism, psihosindroame excitatorii, epilepsii.
Acțiune centrală mai blîndă comparativ cu amfetamina, însă mai întinsă datorită stimulării subst. reticulate.	Toxicitate mai redusă comparativ cu amfetamina. Nu modifică apetitul, nu creează obișnuință.	Aceleași ca la Amfetamine.
Efecte apropiate de Ritalin. Depresii asteno-obsesive ale adolescenților și bătrînilor, ticuri, enurezis.	Toxicitate mai redusă comparativ cu Ritalinul. Nu creează obișnuință ; nu modifică apetitul.	Aceleași ca la Amfetamine.
Blochează reactivitatea la contrarietăți și antagonizează somnolența neurolepticelor.	Bradicardizant și vasodilatator.	Aceleași ca la Amfetamine.
Antagonizează efectele secundare ale neurolepticelor. Efecte favorabile în cazul psihosindroamelor depresive, oligofrenie, obezitate, surmenaj.	Toxicitate redusă, fără efecte simpaticotonice periferice. În doze mari anorexiant.	Aceleași ca la Amfetamine.
Neurostimulator cu efecte psihoregulatoare. Indicat îndeosebi în suferințele cerebrale comatogene și geriatrie.	Toxicitate și efecte simpaticotonice neglijabile.	Epilepsie.
Encefalo-deparabiotizant, antidepresor, antalgic, anticonvulsivant ; blochează drogodependența.	Toxicitate și efecte secundare nesemnificative.	Fără contraindicații.
Efecte favorabile în psihozele alcoolice acute și alte toxicomanii ; stări confuzionale, boala traumatică a creierului, stări hipoxice sau comatoase	Idem	Fără contraindicații.

zează comele barbiturice, neuroleptice sau morfinice : normorfin (Nalorfin). Hematoporfirin, ac. nicotinic, ac. fosforic etc.

Scanned with CamScanner

1 — *Corpuri „Timeretice", inhibitoare ale*

DENUMIRE	PREZENTARE/mg	ADMINISTRARE/zi în mg
Iproniazida (Marsilid)	Cp. = 50	50—150
Izocarboxazida (Marplan)	Cp. = 10	20—50
Nialamida (Niamid)	Cp. = 25—100 F. = 500 Pulvis	75—100 150—1 000 (i.m. sau perf. i.v.)
Fenelzina (Nardil)	Cp. = 10	10—30
Tranilcipromina (Parnate)	Cp. = 15	30—90

2 — *Corpuri amino-metilate „Timoleptice" fără efecte inhibitorii asupra MAO*

Imipramin (Tofranil, Imizin Melipramin, Antideprin) *dimetil-aminopropil dibenzil hidrocloric*	Cp. = 25 F. = 25/2 ml	25—250
Anafranil *Clor dimetilaminopropil dihidro-dibenzazepin hidrocloric*	Cp. = 25 F. = 25/2 ml	25—100 25—350
Desipramin (Pertrofan) *dimetilimipramin*	Cp. = 25	25—150
Trimeprimin (Surmontil, Sapilent) *dimetilamino-metil-propil iminodibenzil.*	Cp. = 25—100 Sol. = 4% F. = 25/2 ml	75—300
Amitriptylin (Saroten, Laroxil, Triptizol, Elavil) *amină terțiară dimetilată*	Cp. = 10=25 Sol. = 1% F. = 10/ml	50—150
Nortriptilin (Acetexa, Aventil, Noritren Nortrilen) *amină secundară monometilată*	Cp. = 10 F. = 10/ml	30—150
Protiptilin (Vivactyl, Concordin, Triptil)	Cp. = 10	10—70

Alte corpuri timoleptice : maprotilin (Ludiomil), doxepin (Sinequan ; Aponal) ; mianserina (Tolvon) ; nomifensina (Alival) etc.

Scanned with CamScanner

mono-amino-oxidazelor (IMAO)

EFECTE PRINCIPALE	EFECTE SECUNDARE	CONTRA-INDICAŢII
Potenţează efectele serotoninei ; inactivează adrenalina şi noradrenalina. Efecte favorabile în psihosindroamele depresiv-melancolice cu predominenţa fenomenelor abulice.	Uscăciunea gurii, constipaţie, edeme, disurie, vărsături, hipotensiune arterială, icter grav, insomnie.	*Aceleaşi pentru toate substanţele hidrazinice :* Insuficienţă hepatică, hipotensiune arterială, leziuni cardio-vasculare, epilepsie ; alimentaţia bogată în tiramină (brînzeturi fermentate, curmale). *Nu se asociază cu opiacee, reserpina, imipramina sau alte amine simpatico-mimetice sau diuretice benzotiazidice sau anxiolitice ; se păstrează apoi un spaţiu liber de minimum 3 — 6 zile de la întreruperea acestora.*
Aceleaşi ca la Iproniazid.	Mai puţin toxic comparativ cu Iproniazida.	
Apropiate de Iproniazid.	Toxicitate mult mai redusă comparativ cu Iproniazida.	
Apropiate de Nialamid.	Apropiate de Nialamid.	
Apropiate de Nialamid.	Apropiate de Nialamid.	

(pot fi asociate cu tranchilizante sau neuroleptice)

Potenţează efectele noradrenalinei. Efecte favorabile în psihosindroamele depresiv-melancolice şi obsesivo-fobice.	Tahicardie, uscăciunea gurii, transpiraţii. Fenomene suboclusive, disurie, tremurături, convulsii, insomnii, stări oniroide, exaltarea anxietăţii.	*După tratamentul cu IMAO, se păstrează o pauză de 14—21 zile.*
Efecte apropiate de Imipramin, însă evident mai prompte în anxietatea acută.	I d e m.	I d e m.
Efecte apropiate de imipramin.	Efecte apropiate de Imipramină.	I d e m.
Efecte anxiolitice superioare imipraminei, datorită cuplajului cu levomepromazina.	Mai atenuate comparativ cu Imipramina, datorită efectului levomepromazinic.	I d e m.
Antagonizează efectele cataleptizante ale neurolepticelor. Efecte pozitive în stările depresive asteno-abulice, enurezis.	Extrasistole, tahicardie, hipotensiune moderată. Mai puţin toxic decît Imipramina.	I d e m.
Efecte apropiate de Amitriptylin însă cu o mai evidentă acţiune terapeutică.	Mai puţin toxic comparativ cu amitriptilina.	I d e m.
Depresii apatice cu inhibiţie psihomotorie, enurezis. (Nu se administrează în stările anxioase acute).	Apropiate de Nortriptilin.	I d e m.

Scanned with CamScanner

Criterii aplicative în urgențele psihiatrice

„Furie“ sau „suflet blestemat“

Cunoscîndu-se maniera lui Michelangelo de a studia totdeauna natura pe care a transpus-o în artă, în această schiță este remarcabil aspectul de anxietate confuzională agitată, deshidratarea masivă, cît și uscăciunea gurii cu tumefierea limbii, aspect caracteristic delirului acut (encefalita psihotică azotemică acută)

Progresele excepționale care s-au produs în terapeutica psihiatrică găsesc o tot mai amplă aplicare în practica medicinii generale prin intermediul conceptului psihosomatic.

Lansarea prioritară a orientării psihosomatice în practica medicinii generale se impune și datorită trecerii pe locul III ca frecvență a morbidității prin boli psihice care afectează aproximativ 20‰ din totalul mondial al populației, cel puțin trei sferturi dintre acești bolnavi fiind afectați de suferințe „funcționale“ la limită cu normalitatea.

În sfîrșit — însă nu și în ultimul rînd, acceptarea unui concept psihosomatic tridimensional se impune și datorită faptului că *relația medic-pacient* se mediază — desigur atît de comod — aproape în exclusivitate doar prin intermediul vrăjitului Simbol despre *medicamen*, noul totem tehnocratic instaurîndu-l ca bun de larg consum, în locul vechilor credințe demitificate despre vindecarea miraculoasă. El reprezintă acum tot ce ne poate oferi cu promptitudine civilizația noastră supratehnicizată, atît pentru toate cele trupești cît și pentru cele sufletești : organizat, comod și facil, pe sectoare și sisteme. El reprezintă forța care ne apără de invadatorii microcosmici, chiar și atunci cînd aceștia sînt inocenți ; tot el are datoria să ne risipească tenebrele fantasmicelor trăiri obscure în n-Viscer sau n-Aspirație ratată. Prin el ne oferim doza de somn, atît și cum dorim ; dozaj *quantum satis ad libitum* pentru ataractizare, uitare și suprimare a oricărei suferințe, de învigorare și euforizare, toate, mai presus de efortul oricărui antrenament mai aspru sau mai prelungit al propriilor forțe de apărare și de adaptare la exigențele vieții.

Scanned with CamScanner

Or, confruntarea cu noul totem tehnocratic ne face să constatăm că de fapt tot despre psihismul nostru este vorba — deşi îl uităm mereu selectiv — obligîndu-ne pe toţi (doctrinari sau metodologi, cercetători sau ucenici întru ale medicinii, psihologiei, sociologiei, ale ştiinţelor umaniste şi juridice) să contribuim la clarificarea opiniei publice privind vectorizarea tridimensională a practicii medicale, care include în mod necesar şi catena sa psihiatrică.

În această ordine de idei, este de reţinut faptul că opinia publică contemporană manifestă un interes crescînd pentru *Soarta Nebunilor* — cum se exprima Lucacevschi în 1893 — şi despre care clama — la începutul veacului — luminatul doctor umanist Brăescu, ctitorul spitalului „Socola" şi promotor al angajării opiniei publice în promovarea psihiatriei.

Zvonul opiniei publice care întreabă astăzi tot mai insistent *ce este boala mintală?, care este statutul social al bolnavului mintal considerat nerăspunzător?* şi cu atît mai mult *cum* Trebuie *sau* cum Este *tratat congenerul nostru aflat în alienare?* Asemenea întrebări de rezonanţă la condiţia umană (care ne-au determinat de altfel să încercăm să răspundem prin această carte), angajează de fapt pe orice om cu simţul răspunderii civice să reflecteze în primul rînd, şi apoi să acţioneze în funcţie de posibilităţile unei societăţi la un moment dat.

„Soarta Nebunilor" este desigur astăzi mai bună, chiar dacă nu toţi sînt îngrijiţi — aşa cum aspira Brăescu — *în spitale-palate cu lux de instalaţii şi îngrijire medicală* ca acele anume destinate tot celor dintre noi, dar cărora li s-a zdruncinat sau alienat vreun alt organ *în afara celui care dirije lumea şi a adus-o la gradul civilizaţiei de acuma.* Sau, chiar dacă nu beneficiază încă de o asistenţă potrivită toţi cei care, ignorîndu-li-se boala sau aflîndu-se în stare de abandon medico-social pot genera — în asemenea situaţii — stări de impact, nu înseamnă că aceste probleme complexe de organizare nu pot fi rezolvate satisfăcător şi într-un termen relativ scurt, aşa cum de altfel s-a trasat ca directivă politică * organelor răspunzătoare **.

Pornind de la premisa enunţată ca titlu al acestei părţi, şi anume *criterii psihiatrice aplicative în practica medicinii generale,* văd că am ajuns iarăşi — cu voie sau de nevoie — la enunţuri prospective de maximă generalizare. Este cazul deci, ca sectorizînd dominanta obsesivă referitoare la domeniul organizatoric şi făcînd apel la datele deja întîlnite pe parcursul străbătut, să enunţ doar unele elemente de terapeutică în urgenţele psihiatrice.

---

* Directivele Comitetului Central al P.C.R. cu privire la perfecţionarea asistenţei sanitare în R.S.R., octombrie, 1968.

** *Planul naţional de apărare a sănătăţii mintale* (aprobat de Consiliul Sanitar Superior în dec. 1971).

Scanned with CamScanner

Terapia delirului acut

Delirul acut constituie prin excelență o modalitate exemplificativă a cauzalității endo-exogene în patologia mintală, indiferent de corelația traumatică, toxică sau infecțioasă incriminată.

Revenind la corelația endo-exogenă în declanșarea teribilului delir acut, al cărui sfîrșit letal era pînă nu de mult în peste 90% din cazuri, este interesant de reținut că indiferent de cauzele sale declanșatoare, cunoscute sau obscure, frecvența cea mai crescută se întîlnește, în primul rînd, la persoanele tinere, extenuate prin supraeforturi fizice și afective. Astfel de pildă, delirul acut se întîlnește mai frecvent la bărbații tineri în condițiile grele ale instrucției militare, și cu atît mai mult în condițiile retragerilor dezastruoase de război, iar la femei îndeosebi în cursul lehuziei. De asemenea, delirium-ul tremens din alcoolismul cronic sau alte drogomanii, paralizia generală galopantă, stările confuzionale supraacute din cursul bolilor infecțioase sau al encefalitelor fulminante, ca și dramatica agitație apărută în evoluția marilor traumatizați sau după operațiile laborioase, nu exprimă altceva decît ceea ce psihiatrii clinicieni înțeleg sub denumirea de encefalită psihotică azotemică acută, magistral diferențiată de Marchand și colaboratorii săi *.

Delirul acut poate însoți orice suferință care afectează diencefalul — zdruncinînd astfel homeostazia vegetativă și metabolică centrală, sindromatica clinică manifestîndu-se prin agitație psihomotorie confuzională sau stupor (catatonia mortală), hipertermie, deshidratare rapidă și uremie masivă, exitusul producîndu-se prin caşexie (exicoză) și edem cerebral în decurs de 5—12 zile, în cazul unei evoluții nefavorabile sau dacă nu se intervine prompt cu un tratament corespunzător.

Examenul anatomo-patologic relevă fenomene edematoase, micro-hemoragii difuze și leziuni atît de tip inflamator (encefalitic), cît și degenerativ (encefalozic), în toate segmentele creierului.

Diagnosticul biologic de certitudine se stabilește de urgență prin dozarea uremiei care crește repede în afara unor leziuni renale manifeste, putînd ajunge, în decurs de cîteva zile, chiar și pînă la 2—4 g‰. Cînd și clorurile totale cresc concomitent cu scăderea potasiului seric, prognosticul devine deosebit de sever.

Encefalita psihotică azotemică acută este determinată de o dereglare diencefalică predominent autotoxică ** cu perturbarea profundă a triplei funcții de reglare neuro-endocrino-umorală de tip central, manifestată prin următoarele simptome principale : hiper-

---

* L. Marchand : *Maladies mentales Etude anatomo-biologiques.* Ed. Legrand, Paris 1939.

** P. Brânzei : *Date asupra evoluției terapeutice într-un serviciu de psihiatrie.* (op. cit.).

Scanned with CamScanner

termie, tendință la colaps vascular, tahicardie și deshidratare masivă, dezechilibrarea metabolismului hidroelectrolitic, protidic și lipidic *.

Encefalita psihotică acută constituie o urgență medicală de prim ordin și impune diagnosticul diferențial de la apariția primelor semne clinice, în vederea instituirii unui tratament activ compensator : terapie protectivă cu antibiotice, chiar și numai pentru prevenirea unui eventual proces infecțios ; reechilibrare hidro-electrolitică (pe cît posibil mai corectă prin dozări succesive), susținută cu ajutorul dializei intestinale și perfuzii intravenoase de soluție glucozată izotonică, în cantitate de 1500—2000 ml pe 24 ore, la care se mai adaugă complexul vitaminic din seria B (și cu atît mai bine un hepatovitaminizat ca de pildă Essentiale). Pentru anularea eretismului diencefalic se administrează în perfuzie intravenoasă sau i.m. un neuroleptic după următoarea ordine preferențială : hormoni steroizi de sinteză cu efecte regularizatoare asupra eretismului diencefalic și inductor al somnului preanestezic, ca hidroxidona (Viadril) etc. 0,5—2 g ; clormetiazol (Hemineurin) 0,5—2 g ; butirofenona (Haloperidol) 15—30 mg ; diazepam (Seduxen) 10—40 mg ; etc. La nevoie se completează în plus cu un dozaj suplimentar de neuroleptice administrate i.m., oral sau anal (Vezi tabelele sinoptice) sau, în mod excepțional, electrostimularea diencefalică.

Terapia activă complexă a devenit salvatoare în majoritatea cazurilor în primele zile de la declararea bolii, ulterior posibilitatea reechilibrării homeostazice devenind tot mai precară, dacă nu imposibilă.

În cazul cînd boala nu evoluează evident favorabil (clarificarea conștiinței și scăderea uremiei) în decursul următoarelor 48 ore de la instituirea tratamentului, se va proceda de îndată la îndrumarea în spitalul clinic de psihiatrie, pentru continuarea tratamentului antipsihotic cel mai indicat. Transportul se va realiza sub protecția unei bune sedări cu neuroleptice, administrarea de barbiturice în exces fiind contraindicată datorită unor riscuri toxice **.

FIINTINARU · NECULAI ·

* Pentru funcțiile diencefalice, vezi M. Chana : *Ghipotalamiciskie sindromi*, Ed. „Cartea Moldovenească", Chișinău, 1965.

** Transportul oricărui bolnav psihic în stare de agitație — indiferent de natura și forma ei — presupune o prealabilă și eficientă sedare cu neuroleptice majore, administrate parenteral în dozaj mediu sau forte și asociate cu un barbituric în dozajul obișnuit (efectul său fiind potențat prin inducția neurolepticului).

Scanned with CamScanner

Sindroamele epileptiforme (simptomatice) consecutive unor leziuni de focar encefalic sau prin consens viscero-umoral presupun o terapeutică supresivă a cauzei determinante, după cum boala epileptică necesită o îndelungată terapie protectivă anticonvulsivantă.

Indiferent de cauză și formă clinică, bolnavul afectat de epilepsie trebuie să respecte (din proprie inițiativă sau cu ajutorul celor din juru-i) o conduită protectivă anticonvulsivantă și antipsihotică, pe care o schematizăm în următoarele reguli igieno-dietetice și de prescriere a medicației.

Conduita igienico-dietetică

— Abținerea totală de la consumul de băuturi alcoolice, care generează și favorizează în modul cel mai evident apariția manifestărilor epileptice, ca și de la consumul substanțelor și drogurilor cu efecte encefalice puternic stimulatoare sau epileptogene.

— Evitarea consumului unor cantități excesive de lichide și de sare, care favorizează dezechilibrul hidro-electrolitic și în consecință intumescența cerebrală (starea preedematoasă).

— Alimentație obișnuită, fără excluderea grăsimilor, regimul cetogen fiind considerat ca anticonvulsivant (prin blocarea alcalozei care favorizează scăderea pragului de excitabilitate encefalică).

— Evitarea atmosferei confinate, cît și expunerea mai îndelungată la temperaturi ridicate (situații care accentuează hipoxia cerebrală).

— Evitarea surmenajului fizic și psihic — inclusiv suprastimulările fonice sau fotice și reglarea judicioasă a orelor de activitate și somn.

— Îndepărtarea factorilor care scad pragul de excitabilitate encefalică, mai cu seamă la copii, ca în cazul vegetațiilor adenoidiene, a focarelor septice, a parazitozelor intestinale, cît și corectarea dezechilibrelor endocrino-umorale și în particular a hipoparatiroidismului.

— Supravegherea proceselor febrile la copiii cu predispoziție convulsivantă, cunoscîndu-se în același timp că unele substanțe antipiretice sau cortizonice au efect epileptogen.

Terapia medicamentoasă anticonvulsivantă presupune a fi diferențiată pentru fiecare bolnav în parte prin tatonări succesive, tratamentul eficient necesitînd a fi administrat apoi fără întrerupere, ani de zile, și după dispariția fenomenelor paroxistice.

Scanned with CamScanner

Fenobarbital-ul (Luminal, Gardenal, Sevenal etc.) acționează ca anticonvulsivant în afara efectelor narcotice, atît prin creșterea pragului de excitabilitate neuronală și a sistemului activator reticulat, cît și prin deprimarea transmiterii sinaptice. În consecință, fenobarbitalul blochează activarea neuronilor prin descărcările sincronizate din focarul epileptogen.

Dezavantajul terapiei fenobarbiturice îl constituie somnolența — îndeosebi la începutul tratamentului — care poate fi corectată cu doze mici de amfetamină, efedrină sau cafeină.

Efectele secundare ale fenobarbitalului, constînd în fenomene alergice (edeme ale feței, dermatită eritematoasă și leziuni cutanate buloase, rareori dermatită exfoliativă), impun înlocuirea acestuia cu un alt anticonvulsivant.

Doza de fenobarbital se administrează fie în priză unică (0,10 g) seara, atunci cînd crizele sînt nocturne, sau dimineața, cînd sînt diurne, fie fracționat în 2—3 prize, cînd este necesară o doză mai mare : 0,20—0,30 g pe 24 ore.

Se apreciază că fenobarbitalul acționează favorabil în ceea ce privește frecvența și intensitatea paroxismelor epileptice, indiferent de forma lor, într-o proporție de 70%, dacă este aplicat în mod continuu și la un dozaj corespunzător.

În cazul cînd fenobarbitalul nu este suficient de activ, se renunță la utilizarea sa sau se asociază cu alte substanțe anticonvulsivante.

Tratamentul cu fenobarbital nu se întrerupe brusc, deoarece poate determina reapariția crizelor sau agravarea lor prin modificarea pragului de excitabilitate neuronală.

Hidantoina (fenitoin), introdusă în terapeutică de Meritt și Putnam în 1938, nu comportă efecte hipnotice. Acționează asupra crizelor convulsive și asupra echivalențelor psihomotorii, fără a influența evident favorabil crizele de petit mal. Hidantoina acționează inhibînd difuziunea interneuronală prin blocarea transmisiei sinaptice.

Dozajul eficient la adulți este de 0,30—0,50 g pe 24 ore, adică apropiat de limita toxică (0,60 g).

Experiența clinică indică în cazul paroxismelor majore și a crizelor psihomotorii, asocierea cronică a fenobarbitalului 0,10-0,20 g cu hidantoină 0,30 g/zi.

---

* Efectivitatea unor anumite substanțe pentru un anumit tip de paroxism este relativă, în cele mai multe cazuri fiind necesară tatonarea în timp a tratamentului cel mai eficient.

Scanned with CamScanner

Primidona. Unele cazuri neinfluențate de fenobarbital și hidantoină răspund favorabil la primidona, congener al fenobarbitalului. Dozaj 0,50—1,50 g pe 24 ore (doza medie 0,75 g pe 24 ore). Potențează efectele fenobarbitalului, motiv pentru care nu se asociază cu acesta decît la un dozaj slab (0,75 g).

Fenurona, (fenilacetiluree), substanță cu un larg spectru anticonvulsivant. Doza medie pe 24 ore este de 1,50—2 g, remarcîndu-se în timp creșterea toleranței. Efectele toxice și îndeosebi deprimarea funcțiilor hematogene pot lua uneori un caracter sever. Pentru reducerea riscului toxic se cuplează fenobarbitalul și hidantonia cu fenilacetiluree, astfel că prin potențarea reciprocă doza de fenacetamidă se reduce la 0,60 g/zi, însă și în aceste condiții este necesară totuși o supraveghere atentă, pe toată durata administrării.

Terapia de elecție în paroxismele tip „petit mal"

Trimetadiona. Absențele, picnolepsia, crizele mioclonice și akinetice, cît și echivalențele de tip petit mal, beneficiază în mod mai evident de tratamentul cu trimetadiona (oxazolidina 2,4 diona), sintetizată în 1944 de Spielman, medicament care poate face să dispară și traseul caracteristic de petit mal (complex vîrf-undă 3 c/sec), atunci cînd tratamentul este eficient. Se exclude (teoretic) asocierea cu hidantoină, fără a constitui totuși totdeauna o contraindicație. Se administrează la adulți între 0,90—2 g/zi în doze fracționate, iar la copii, între 0,30—0,90 g/zi. La o doză suficientă de tridionă, picnolepsia dispare în decurs de 72 ore ; stimulează apetitul și crește capacitatea de muncă.

În raport cu evoluția bolii, se mai recomandă *dipropilacetat de sodiu* (Dépakine), *doxepine* (Diazepam, Lorazepam etc.), *benzelobromidă* (Ibicon) 4—8 g/zi, *atalactamida* (Temezon) 4 g/zi, *carbamazepin* (Tegrétol) 0,20—0,60 g, *succinimide* (Zarontin, Celontin, Morfolep, Pentidon, Lifène etc.) care se administrează în dozaj de 0,25—2,50 g în raport de vîrstă. Aceste substanțe sînt active și în crizele de grand mal sau echivalențe, îndeosebi atunci cînd se asociază cu substanțe anticonvulsivante majore.

Tratamentul cu anticonvulsivante, indiferent de forma clinică căreia se adresează, impune o continuitate neîntreruptă de ani de zile și în consecință control periodic clinic și de laborator.

Medicația discontinuă (adjuvantă) în tratamentul paroxismelor epileptice

Administrarea sărurilor de brom în doză de 0,50—1 g/zi, în mod discontinuu, 3—6 zile pe lună, constituie un adjuvant remar-

Scanned with CamScanner

cabil în tratamentul epilepsiei şi mai ales în perioada premonitorie paroxismelor.

Acetazolamida (Diamox, Ederen), diuretic şi inhibitor al anhidrazei carbonice cerebrale, acţionează favorabil asupra fenomenelor convulsive. Dozaj 0,50—3 g/24 ore, administrare alternativă în perioade de cîte 3—6 zile.

Sulfatul de magneziu are acţiune inhibitoare asupra excitabilităţii neuronale şi efecte antiedematoase. Se administrează intravenos soluţie 25% 10—20 ml, 3—6 zile pe lună.

Vitamina B 6 (piridoxina) participă în calitate de coenzimă la procesele metabolice ; se administrează 100—200 mg i.v., i.m. sau pe cale bucală, 7—15 zile pe lună, în scopul ameliorării metabolismului enzimatic.

Pneumoterapia cerebrală (extragerea de 30—70 ml lichid cefalorahidian şi introducerea aceleaşi cantităţi de aer poate avea rezultate uneori remarcabile, datorită stimulării proceselor metabolice encefalice. Se poate repeta de 2—3 ori la interval de 3—6 luni.

Tulburările psihice interparoxistice beneficiază mult de asocierea substanţelor anticonvulsivante cu neuroleptice minore sau majore, în raport de particularităţile clinice ale fiecărui bolnav, şi cu deosebire de Neuleptil în cazul caracteriopatiilor epileptice (vezi tabelele sinoptice).

Marile speranţe puse iniţial în ablaţia chirurgicală a unor arii temporale în cazul echivalenţelor psihomotorii au eşuat ; în schimb japonezii tentează corecţia marilor tulburări de comportament epileptic prin stereotaxia nucleilor amigdalieni.

Admiţînd teoria encefalodistrofiei în fiziopatologia epilepsiei, rezultă că un rol important îl poate avea terapia deparabiotizantă prin ameliorarea troficităţii encefalice. În acest sens atrage atenţia formula lui Vorobiov care, pe lîngă substanţele inhibitoare ale esterilor colinici, mai cuprinde şi substanţe stimulatoare ca ac. nicotinic, cafeina, ac. glutamic şi glucoza.

Folosind acidul 4 sulfonamido-fenoxiacetic, care credem că ar acţiona „nootropic" ameliorînd metabolismele tisulare, noi am obţinut rezultate spectaculare în cazul unor bolnavi cu crize convulsive subintrante neinfluenţate de barbiturice, iar la bolnavii cu psihoze epileptice a determinat o evidentă ameliorare a stării psihice *. Consemnăm aceste date asupra efectelor favorabile obţinute în boala epileptică prin ameliorarea troficităţii encefalice, deoarece credem

---

* S-ar presupune că efecte asemănătoare ar trebui să producă şi Piracetamul (U.C.B. 6215), datorită apropierii efectelor deparabiozante.

Scanned with CamScanner

că aduc elemente în plus în fundamentarea teoriei despre parabioză ca fenomen predominant în fiziopatologia bolii epileptice, cît și asupra perspectivelor pe care le deschide în terapeutica acestei boli.

Paroxismele convulsive la copil — epilepsia sugarului și a copilului mic (hipsaritmia EEG cu spasme în flexiune, tresărire, epilepsie mioclonică, absențe, echivalențe etc) prea frecvent și incompetent considerate ca tetanie, spasmofilie sau „nervosism", pot beneficia în plus de nitrazepam, clonazepam, glicocorticostesoizi.

Tratamentul stării de rău epileptic constituie o urgență medicală de prim ordin

Bolnavul se plasează în condiții de microclimat confortabil. Se administrează inițial i.v. 1—2 fiole *diazepam* sau *haloperidol* și se continuă cu fenobarbital sodic i.m. 0,80 g (în două prize a 0,40 g la interval de 4 ore) ; se apreciază de asemenea oportunitatea administrării unui diuretic pe cale parenterală, pentru reducerea intermescenței cerebrale. În cazul cînd rezultatul favorabil nu se obține, după 4 ore se administrează 10 ml procaină 1% asociat cu 25 mg levomepromazină în perfuzie i.v. glucozată 45%, sau perfuzie lentă cu barbiturice cu acțiune ultra-scurtă. În unele cazuri ireductibile, am obținut rezultate spectaculare cu Asfa 0,50 g. i. v., doză repetată la 2—5 ore interval.

Se mai poate folosi sulfatul de magneziu sau calciul bromat i.v., clisma de cloral hidrat 1% 4—6 g, refrigerație cu pungă de gheață pe vasele mari și eventual puncție rahidiană decompresivă (20—30 ml). La nevoie se procedează la aspirația secreției bronhice, cort de oxigen, combaterea edemului pulmonar cu strofantină 1/4 mg i.v., perfuzii cu coctailuri vitaminice, hormon adrenocorticotrop (ACTH) etc.

Terapia alcoolismului

Alcoolismul comportă atitudini terapeutice diferite, în funcție de stadiul de intoxicare sau forma clinică de boală în care se află persoana în cauză.

Tratamentul intoxicației alcoolice acute

Excitația și depresiunea cerebrală, determinată de beția alcoolică obișnuită, nu necesită un tratament deosebit, deoarece tulburările respective au un caracter efemer care se rezolvă în cîteva ore prin oxidarea alcoolului.

Scanned with CamScanner

În cazul stărilor de excitație neobișnuită, caracteristică beților acute patologice, sedarea bolnavului se obține repede prin administrarea de barbiturice sau neuroleptice pe cale parenterală, cunoscîndu-se totuși că acestea pot adînci tendința la starea comatoasă care survine în intoxicația alcoolică masivă pe măsura creșterii alcoolemiei.

Tratamentul stărilor comatoase provocate de intoxicația alcoolică constituie o urgență medicală. Întrucît nu există încă un tratament care să neutralizeze alcoolul, se caută grăbirea deparabiotizării cerebrale prin terapie analeptică, crearea celor mai bune condiții de oxidare a alcoolului și evitarea sau reducerea complicațiilor.

Nu se administrează emetizante, deoarece reflexul de vărsătură nu se mai produce, iar apomorfina — deși ineficientă în această situație — poate adînci coma prin acțiunea ei asupra diencefalului aflat în reactivitate paradoxală.

Comatosul se plasează în microclimat termic confortabil, dată fiind hipotermia prin pierderea caloriilor de reîncălzire caracteristică intoxicației alcoolice. La nevoie, cateterism vezical și absorbția excreției faringiene. Se dă un suport energetic masiv prin administrarea i.v. de glucoză 33% 1000—2000 ml pe 24 ore în perfuzie lentă (care acționează și ca un antiedematos cerebral) + vitamina C 200—500 mg, în scopul reechilibrării proceselor enzimatice și de oxidoreducere tisulară. În aceeași perfuzie se poate adăuga Vit. B_1, B_6 și PP cîte 200 mg și Vit. B_{12} 1 000—2 000 γ pentru ameliorarea proceselor metabolice în general și a celor hepatice în special.

Stricnină administrată din oră în oră, cîte 2 mg i.m. pînă la ieșirea din comă (în total se poate administra pînă la 20 mg datorită toleranței crescute în aceste condiții) care „spală" molecula etanolică, restabilind cronaxia neuro-musculară și avînd totodată efecte encefaloanaleptice și de tonizare cardiovasculară. Tratamentul cu stricnină se întrerupe în caz de apariție a fenomenelor tetanizante.

Analeptice centrale din seria amfetaminelor : efedrină, pentazol, pervitină (benzedrină) ; cafeină sau Ahipnon (bemegrid) în doze terapeutice corespunzătoare : 50—200 mg lent i.v., în scopul grăbirii deparabiotizării cerebrale. Nootropil sau Asfa în dozaj mediu 3—6 g. Insulină 20—40 U i.m. pentru acțiunea sa evidentă în ameliorarea metabolizării alcoolului.

Oxigenoterapie pentru reducerea hipoxiei cerebrale, cît și pentru stimularea centrului respirator bulbar.

În caz de oprire a respirației, se vor aplica manevre de respirație artificială timp îndelungat. Coma devine ireversibilă după 12 ore.

Scanned with CamScanner

Tratamentul alcoolomaniilor

Suprimarea băuturilor alcoolice ; clinoterapie obligatorie, fără imobilizare ; regim alimentar lichid în primele 24 ore, bogat în glucide ; în continuare regim dietetic uşor asimilabil, iar la nevoie administrarea dozei necesare de alcool pe cale bucală sau parenterală (în cazul psihozei acute prin privaţiune de alcool).

Somnul va fi asigurat în fiecare noapte prin administrare de neuroleptice asociate la nevoie cu barbiturice.

Prin aplicarea unui tratament complex de reechilibrare biologică (care în delirium tremens şi psihozele acute este identic cu cel aplicat în intoxicaţia acută), fenomenele psihotice acute şi subacute se risipesc repede. Din momentul restabilirii prizei de conştiinţă cu realitatea, bolnavul devine deosebit de penetrabil la psihoterapie, datorită pericolului prin care a trecut, şi acceptă să colaboreze cu medicul pentru continuarea unui tratament care să-i asigure în viitor posibilitatea evitării băuturilor alcoolice.

Terapia de stingere a dependenţei alcoolofilice

Dezintoxicaţia alcoolicului nu determină de regulă şi stingerea alcoolofiliei sale care îl expune la recidive. În consecinţă, alcoolicii au nevoie după dezintoxicare de un tratament care să le stingă apetitul etanolic.

Datorită doctrinei pavloviene despre reflexele condiţionate, începînd cu deceniul al III-lea s-a deschis perspectiva psihofiziologică a condiţionării repulsive la alcool.

După experienţa noastră, terapia reflex-condiţionată repulsivă la alcool comportă următoarele criterii generale de urmat :

— tratamentul se aplică iniţial sub control strict medical ;

— reflexul repulsiv la alcool se elaborează satisfăcător, ca orice alt reflex condiţionat, numai după reechilibrarea proceselor metabolice şi psihologice perturbate de intoxicaţia alcoolică ;

— alcoolofilia generează în condiţii de reflectare conştientă şi în consecinţă persoana în cauză trebuie să fie de acord cu tratamentul prin care se urmăreşte obţinerea repulsiei faţă de alcool. „Tratamentul pe ascuns“ este contraindicat deoarece poate expune la accidente şi este totodată inutil deoarece, ca şi în cazul tratamentului prin constrîngere, persoana în cauză are discernămîntul împrejurărilor în care băutura în loc să-i dea plăcerea psihică, provoacă suferinţa biologică ;

— euforia provocată de ingerarea băuturilor alcoolice constituie factorul determinant al alcoolofiliei şi de aceea trebuie să preceadă aplicarea stimulului absolut repulsiv. Aplicarea stimulului repulsiv în stadiile de narcotizare alcoolică nu poate stabili o legătură condiţionată utilă ;

Scanned with CamScanner

— condiționarea repulsivă la alcool dă rezultate mai bune cînd se elaborează în condiții apropiate celor în care a generat alcoolofilia, motiv pentru care se recomandă și terapia în grup ;

— din momentul ingerării băuturii și pînă la epuizarea reacției repulsive, persoanele în cauză trebuie să fie persuadate corespunzător scopului de a se obține corelații conștiente pe cît posibil mai complexe prin stimularea tuturor analizatorilor : vizual — prezentarea băuturii ; olfactiv — mirosirea ei ; auditiv — curgerea în pahar ; gustativ — aplicarea cîtorva picături pe buze ; tactil — atingerea scurtă a tegumentelor. Asocierea senzorială amplifică foarte mult reacția de intoleranță la alcool, declanșată prin stimulul absolut ;

— metoda persuadării raționale, aplicată simultan cu efectele stimulului absolut, ne-a dat rezultate tot atît de bune comparativ cu întărirea condiționării repulsive prin excitații stagnate hipnotice ;

— reflexul repulsiv la alcool, odată elaborat, se întărește la 1—2 zile, pînă la apariția unei puternice reacții de apărare declanșată de băutură (vederea și mirosul ei), cît și la reprezentarea efectelor băuturii. Acest reflex se stabilește diferit în ceea ce privește precocitatea apariției, intensitatea și persistența, în funcție de tipul de sistem nervos, capacitatea de reprezentare și integritatea psihică a persoanei în cauză. Astfel, este inutil a încerca condiționarea repulsivă în stările de psihoză, deteriorare mintală sau la oligofreni care nu au capacitatea unei reprezentări adecvate a consecințelor alcoolismului, și va da rezultate cu totul nesigure la persoanele cu defectivități caracteriale ;

— reflexul repulsiv la alcool se stinge, de regulă, ca orice reflex condiționat, în decurs de 3—6 luni. În consecință, necesită să fie redeșteptat în mod periodic (la început prin ședințe apropiate care se distanțează apoi tot mai mult în timp, sau ori de cîte ori se reaprinde starea de necesitate). Redeșteptarea condiționării provoacă de obicei reacții repulsive mai intense și mai durabile ;

— persoana condiționată negativ la alcool are nevoie să fie ajutată să-și rezolve favorabil dificultățile familiale și sociale pînă la consolidarea labilității sale psihice și necesită control medical periodic, recăderile după șase luni de la întreruperea tratamentului depășind 45% din cazurile tratate.

Ca stimuli absoluți în elaborarea condiționării repulsive la alcool se folosesc de regulă substanțe cu efect emetizant ca radix ipeca, emetina, apomorfina, și îndeosebi TTD.

Disulfura de tetraetiltiouram — TTD (Disulfiram, Antabus, Esperal, Contralin, Antalcool etc.) blochează acțiunea alcooldehidrazei, metabolizarea alcoolului stagnînd în stadiul acetaldehidic. Aglomerarea acetaldehidică determină un sindrom toxic (variabil în raport cu cantitatea de alcool sau TTD, cît și în raport cu reactivita-

Scanned with CamScanner

tea fiecărui individ în parte *), caracterizat prin vasodilatație, tahicardie, hipotensiune și vomă, sindrom care induce senzația unui iminent pericol vital și repulsie acută față de alcoolul generator al acestei stări de suferință.

Datorită riscurilor vitale pe care le comportă sindromul acetaldehidic, tratamentul cu TTD se aplică inițial în mod obligator sub strictă observație medicală și numai la persoane fără suferințe viscero-umorale manifeste. Se vor evita, de asemenea, dezechilibrații mintali care, din plăcerea de a bea, nesocotesc riscul la care se expun și ingerează alcool în cantități mari în cursul tratamentului după cum alții tentează actul suicidar prin ingerarea concomitentă a unor cantități mari de alcool și TTD **. Pentru evitarea riscurilor pe care le comportă incisivitatea disulfiramului, în ultimul timp se recurge la metronidazol, însă cu efecte repulsive mai puțin remarcabile ***

Desigur că terapia stărilor alcoolofilice nu poate fi limitată pe plan biologic doar la condiționarea repulsivă, tratamentul aspirînd în esență la restructurarea proceselor enzimatice care concură la metabolizarea alcoolului. Astfel, noi mai utilizăm soluțiile slabe etanolice în administrarea parenterală pentru formarea de anticorpi specifici, gruparea SH, substanțe encefalodeparabiotizante ca ac. 4 sulfanamido-fenoxiacetic, piracetam sau unele neuroleptice care generează un efect de „saționare" față de apetența alcoolică. În aceeași ordine de idei, ne preocupăm de cercetarea celor mai potrivite metode biochimice de atenuare a incisivității alcoolului, cît și de creșterea reactivității la alcool, cunoscîndu-se îndeobște că persoanele cu risc pentru alcoolodependență comportă în același timp și o așa zisă rezistență mai crescută (lipsa reacției de alarmă la agentul stressant) manifestată clinic prin lipsa sau atenuarea accentuată a reacției de vomă la ingerarea unor cantități mari de băuturi alcoolice.

Terapia stărilor onirofilice este de regulă insuficientă dacă nu se însoțește de o psihoterapie rațională, urmată de o prelungită susținere morală, cu rezolvarea complexelor conflictuale și integrare corespunzătoare în activitatea socială.

---

* Cunoaștem cazuri care nu au reacționat repulsiv nici la doze foarte crescute de apomorfină sau TTD, apărînd — din contra — o întărire a efectului oniroid agreabil la alcool, după cum în alte cazuri sensibilitatea toxică s-a manifestat cu o deosebită intensitate.

** În cazul apariției stării de colaps acetaldehidic, se administrează sol. de glucoză hipertonică + Vit. C, clorpromazină, oxigenoterapie și analeptice centrale.

*** P. Brânzei, T. Pirozynski : *Observații clinice preliminare asupra tratamentului cu metronidazol în etilismul cronic.* Neurol. Psih. Nch., 1970, vol. XV, nr. 4, pp. 301-306.

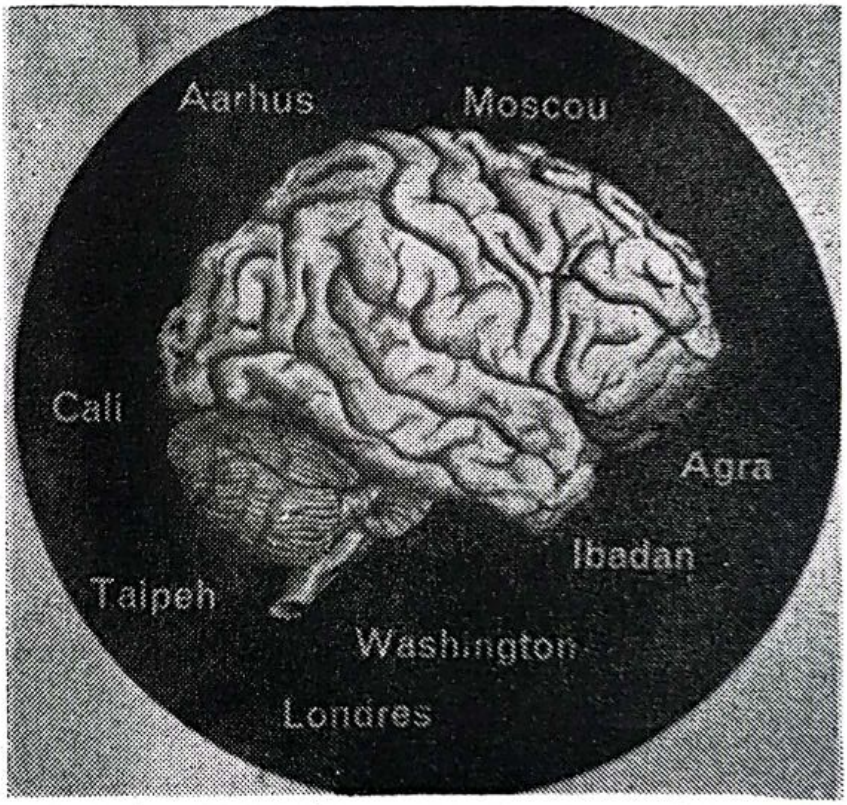
Scanned with CamScanner

Semnificaţia unui concept tridimensional în practica psihiatriei contemporane

Nu există operă atît de desăvîrşită care să nu poată fi distrusă cu ajutorul criticii, dacă autorul ei ar vrea să asculte de toţi cenzorii care elimină fiecare partea ce îi place mai puţin.

La Bruyère : *Les caractères*, 1688—1694

Discuţia despre actualitatea terapeuticii psihiatrice presupune de fapt o prospectare a înseşi tendinţelor medicinii contemporane. Întrucît o analiză exhaustivă nu corespunde totuşi intenţiilor acestui itinerar psihiatric, ne vom limita doar în a sublinia preocuparea mondială pentru acordarea progreselor tehnico-ştiinţifice şi social-politice cu studiul .preîntîmpinării şi tratării suferinţelor omului.



Organizaţia Mondială a Sănătăţii realizează o reţea de centre de referinţă pentru studiul bolilor mintale *.

(Apud *Santé du monde*)

În acelaşi timp, în cadrul tendinţelor medicinii contemporane se manifestă pe plan mondial o presantă acţiune „demitificantă“ care acutizează discrepanţa dintre monismul materialist şi dualismul psihosomatic ce mai este încă invocat ca un tabu în justificarea unei psihoterapii cu orientare metafizică.

---

* Centrul psihiatric din Iaşi a fost nominalizat în 1975 ca „zonă pilot“ de studiu a Biroului regional OMS pentru Europa privind apărarea şi promovarea sănătăţii mintale.

Scanned with CamScanner

Pentru noi, modalitatea unei vederi de ansamblu asupra tendințelor medicinii contemporane se acordă cu un concept bio-psiho-social, dinamic și totodată unitar, pe care îl dezvoltăm în spiritul școlii de la „Socola" și psihologiei românești în general *.

Corespunzător conceptului bio-psiho-social, indiferent cît de profundă și îngustă va deveni, în mod necesar, cercetarea cauzelor de boală sau oricît de extremă particularizarea vindecării lor, medicina va căuta să-și păstreze caracterul său complex tridimensional, corespunzător omului pe care îl deservește. Adică, în acest raport dialectic dintre conținut și formă, medicina are și va avea nevoie să folosească totalitatea posibilităților biologice, psihologice și sociale pentru prevenirea, înlăturarea sau compensarea cauzelor de suferință, oricît de tehnicizată va deveni informatica și instrumentarea medicală.

Cu alte cuvinte, totalitatea factorilor care concură la salvgardarea sănătății, prin sumarea selectivă a informațiilor într-un domeniu dat, se coroborează în egală măsură și în fiecare moment cronologic cu persoana care acționează aparent solitar în procesul catenar medical.

Reflectînd la implicațiile actului medical aparent solitar, atît suferindul cît și medicul au totuși posibilitatea de a-și reprezenta însuși conținutul acestui serviciu comunitar cu numitor mondial: unități specializate ca organisme funcționale pentru acordarea asistenței medicale, specialiști care clarifică în laboratoare supozițiile diagnosticului clinic, biologi, fiziologi, chimiști care elaborează medicamentele, fizicieni și ingineri care realizează tehnica adecvată, profesori care îl pregătesc pe îndemînaticul terapeut și echipa care îngrijește cu devoțiune competentă pe suferind, cît și toți acei care se preocupă de protejarea, redresarea, reinserția și adaptarea în mediu a handicapatului fizic sau mintal.

Înțelegerea sensului binefăcător al interrelațiilor umane pe plan mondial ne conduce la sinteza criteriilor fundamentale ale terapiei psihiatrice, sinteză care presupune o acceptare explicită în primul rînd din partea celor care se preocupă de apărarea sănătății și în conținutul căreia fuzionează în mod necesar psihoterapia cu bioterapia și psihiatria socială.

Reflectînd asupra criteriilor psihoterapiei corelativ cu evoluția cunoașterii legilor naturii în funcție de credințele, obiceiurile, motivațiile și nivelul de conștiință realizat între psihoterapeut și subiectul care acceptă sau respinge (conștient sau inconștient) semnificația actului respectiv, se desprinde însuși cîmpul său noțional contemporan.

---

* P. Brânzei: *Le rôle de l'école de „Socola" dans le développément de la psychiatrie contemporaine.* Rev. Med. Chir. 1970, nr. 4, pp. 1023—1025 etc.

Scanned with CamScanner

Datorită vindecărilor aparent extraordinare obținute în decursul tuturor timpurilor prin consens sugestiv, cu toate progresele cunoștințelor medico-psihologice mai dăinuie totuși mitul despre ocultismul psihoterapiei. Pe de altă parte, orice medic cunoaște — și în consecință acceptă și folosește (explicit sau inductiv) — forța morală a calităților sale de vindecător care se dovedește uneori mai puternică decît orice alt remediu. Datorită acestor relații subiective interpersonale și de grup, se explică de ce între mai mulți terapeuți, care aplică aceeași procedură, unii obțin rezultate aparent mai bune, sau de ce vindecătorul zeificat își epuizează calitățile taumaturgice după pierderea prerogativelor unei anumite investituri sociale.

Referindu-ne la forța inductivă, a „credivității", este de remarcat că aceasta se exercită, în primul rînd, prin intermediul actului sîngerînd al chirurgiei, apoi în domeniul medicinii interne mediată de remedii și explorări funcționale și doar în cele din urmă prin intermediul explicit al psihoterapiei propriu-zise, adică prin intermediul cuvîntului vorbit.

În legătură cu semnificația sugestivă deosebită pe care o conferă actul chirurgical, apar ca exemplificative concluziile prof. Jean Sournia referitor la „eficacitatea chirurgiei placebo în cazul unor afecțiuni cronice care ridică probleme mintale dintre cele mai complexe" *.

Conținutul psihofiziologic al efectului placebo ** al actului sîngerînd, sugerat de paleontologica trepanație craniană sau de simulacrul medieval al „scoaterii pietrelor din cap", este confirmat științific, în timpul nostru, de rezultatele apropiate obținute doar prin incizarea tegumentelor, comparativ cu ligatura arterei mamare interne, în cazul durerilor anginoase la bolnavii cardiaci.

În discuția efectului placebo trebuie să se ia în considerare — desigur — și influența nemijlocită dintre stimul și răspuns efector, începînd cu ordonatele farmacodinamiei specifice și nespecifice atît de bine studiate de către Danielopolu *** și terminînd cu semnificația reflexelor condiționate de al doilea ordin.

Generalizînd semnificația credivității în actul terapeutic, denumită curent sugestibilitate și, mai pretențios placebo, este ușor să înțelegem de ce remedii care ieri se bucurau de creditul unei eficiențe indiscutabile, astăzi au căzut în uitare prin „uzură morală",

---

* J. Sournia : *Mythologie de la médecine moderne*, Ed. Masson, Paris 1969.

** Efectul placebo se definește ca „o măsură terapeutică de eficacitate nulă sau slabă și fără un raport logic cu boala, însă care acționează printr-un mecanism psihologic sau psihofiziologic, atunci cînd pacientul crede că primește un tratament" (P. Kissel, D. Barrucand : *Placebos et effet placebo en médecine*. Ed. Masson, Paris, 1964).

*** D. Danielopolu : *Probleme de farmacodinamie nespecifică*. Ed. Acad. R.P.R., 1954.

Scanned with CamScanner

sau de ce eficiența unor remedii este mai evidentă atunci cînd procurarea lor este mai dificilă.

Medicina ca factor cultural, acționează demitificînd mediatorii psihoterapiei în mod caracteristic pentru fiecare etapă istorică luată în parte, oamenii creindu-și, mereu, noi convingeri și proceduri placebo, datorită pulsiunii de respingere a suferinței și îndepărtării morții.

În evoluția omenirii s-au perindat astfel, în decursul timpului, diverse metode psihoterapice auto-sau hetero-inductive, ataractice sau analitice, individuale sau de grup, ca yoga, mesmerismul, somnambulismul, hipnotismul, mind cure, christian science, coueismul, training autogen, miorelaxare, catarsis psihanalitic etc., prin intermediul cărora și-au găsit ușurare o imensitate de suferinzi, indiferent de procedura folosită. Aceste fapte ne obligă să recunoaștem că deși procesul de vindecare prin inducție psihogenă poate să apară la o primă vedere ca un fenomen strict subiectiv, de o intimitate personală desăvîrșită, el exprimă în realitate un proces unitar bio-psiho-social, deoarece procesualitatea psihică reverberează la rîndul ei în activitatea întregului organism, corespunzător stării sale funcționale, a interrelațiilor cu mediul și a nivelului de conștiință reflectată.

Punctul nostru de vedere bio-psiho-social, referitor la conținutul și semnificația terapiei psihiatrice, prezumează în același timp o poziție antagonică cu orientarea metafizică sau „antipsihiatrică" (cum le place să o denumească în prezent unii dintre aderenții săi), și al cărui scop imediat ar fi — după cum se exprimă André Requet * — „debarasarea de ceea ce este organicist și medical în ea, orientîndu-se aproape în exclusivitate către psihoterapie". Or, după opinia autorului, „pentru a fi autentică, nu are nevoie de apanajul medical, situație care se demonstrează și prin faptul că, în realitate, psihoterapia este practicată din ce în ce mai mult de persoane străine de arta de a vindeca".

Pe de altă parte însă, în mod paradoxal, după opinia autorului, „apariția medicației psihotrope a provocat o asemenea bulversare în tratamentul stărilor psihotice, încît nu este absurd să se prevadă posibilitatea unei psihiatrii terapeutice active la îndemîna practicienilor, al căror interes real pentru psihoterapie, fără îndoială, nu poate fi decît secundar, întrezărindu-se astfel pericolul dispersiei și poate chiar al dispariției psihiatriei, pulverizată în cuprinsul atîtor specialități".

Desigur că asemenea opinii cu privire la soarta psihiatriei exprimă doar un anumit punct de vedere față de progresele medicinii în complexitatea interrelațiilor societății contemporane.

---

* A. Requet : *Et maintenant, qu'est-ce que la psychiatrie.* Méd. de France nr. 209, 1970.

Scanned with CamScanner

Asumîndu-ne totuşi responsabilitatea predării şi practicării psihiatriei ca disciplină medicală, sîntem obligaţi să subliniem pe de o parte. semnificaţia deosebită pe care o comportă psihiatria în practica medicinii generale şi rolul psihiatrului ca îndrumător şi arbitru social şi, pe de altă parte, necesitatea aprofundării cunoştinţelor medico-psihologice şi neuro-farmacodinamice în practica psihiatriei clinice.

Contaminîndu-ne eventual de orientarea acelora care se tem ca terapeutica psihiatrică „să nu ajungă la îndemîna omnipracticienilor prin intermediul psihotropelor", ar însemna să acceptăm absurditatea că medicina va suferi o asemenea involuţie gnoseologică încît să trateze cauzalităţile morbide prin „Christian science", adică negînd existenţa lor, iar tulburările psihice să fie considerate drept fenomene sine materia.

Angajîndu-se în numele medicinii contemporane, prof. Delay găseşte necesar să sublinieze că *psihofarmacologia clinică obligă pe medicii psihiatri de a gîndi fiziologic, de a-şi orienta cercetările către substratul biologic al tulburărilor mintale, atît către mecanismele nervoase cît şi spre mecanismele umorale,* insistînd astfel asupra influenţei pe care o exercită substanţele encefalotrope în aplicarea psihoterapiei *care a devenit calitativ diferită faţă de psihanaliza clasică.*

Într-adevăr, multitudinea substanţelor psihotrope (cu efect depresor, stimulator sau deviator), sintetizate în ultimul deceniu, a modificat în mod remarcabil procesualitatea tulburărilor psihice, cît şi eficienţa psihoterapiei raţionale, mediată prin intermediul unor tehnici farmacodinamice strict medicale, care nu mai sînt la îndemîna „persoanelor străine de arta de a vindeca", ca narcoanaliza, weck-analiza sau oniroanaliza.

În acelaşi timp, contradicţia teoretică dintre conceptul dialectic despre conţinut şi formă şi fixismul monocord al orientării metafizice în psihiatrie, este transpusă de către prof. Delay cu o deosebită claritate prin următoarea frază concluzivă care ne scuteşte de alte comentarii :

> *„Medicina mintală, relaţiile interumane dintre pacient şi medic, constituie un factor capital, iar calitatea acestor relaţii are un rol major în tratament, indiferent de mijloacele folosite".*
> Delay : *Psychofarmacologie et psychiatrie*

Această atitudine clinică nu este acceptată totuşi de psihanaliştii ortodocşi care ignoră însăşi concepţia lui Freud, ce întrezărea posibilitatea unei terapii active psihosomatice : *Noi nu ne interesăm de terapeutică decît în măsura în care ea acţionează prin metode psihologice, deoarece pentru moment nu avem altele. În viitor, noi sperăm a exercita, poate, o influenţă directă, prin intermediul unor anumite substanţe chimice care să acţioneze asupra cantităţilor de energie şi a distribuirii lor în aparatul mintal.*

Scanned with CamScanner

Experiența realizată cu medicația encefalotropă a dus la extinderea ei în terapeutica generală, contribuind astfel la fuziunea bioterapiei cu psihoterapia în cadrul unei atitudini psihosomatice, pe care noi am dori-o dinamică și totodată unitară prin însușirea unui concept științific bio-psiho-social despre ființa umană, văzută ca un întreg prin interrelațiile sale cu lumea și viața.

În această ordine de idei, conceptul despre psihogeneza nevrozelor ne obligă a reflecta în plus asupra punctului de vedere tridimensional în orientarea psihoterapiei contemporane.

După cum se știe, în cadrul conceptului clasic despre psihogenie, crampa profesională constituie un exemplu caracteristic de nevroză prin conversiune. Plecînd de la această idee clasică, cu atît mai izbitoare ne-a apărut creșterea remanenței izotopului I^{131} administrat intradermic la nivelul antebrațului afectat de crampa scriitorului *.

Referindu-ne la această situație dezadaptativo-trofică tisulară, în cazul unei tulburări psihosomatice considerată ca fiind prin excelență psihogenă, ne atrag atenția în plus observațiile lui W. Birkmayer ** care precizează participarea efectorie a substanței reticulate în crampa profesională, prin înscrierea electromiografică a fenomenului de „arousal reaction". După cum se cunoaște, substanța reticulată reglează concomitent cu nivelul de conștiință și funcțiile vegetative, corelativ cu starea emoțională și tonusul muscular). Rolul substanței reticulate ca un mecanism adaptativ în complexitatea procesualității psihosomatice apare ca plauzibilă, deoarece efectul generalizat de „arousal reaction" se produce nu numai în cursul stimulării aferențelor senzitive sau sensoriale, ci și prin inducția psihogenă a tonusului emoțional, după cum aceleași efecte psihosomatice variabile pot fi realizate sau anulate și prin droguri predominant encefalotrope.

Enunțul psihosomatic tridimensional în etiopatogenia nevrozelor se impune cu necesitate, deoarece această noțiune nosologică psihiatrică este uzitată de o manieră excesivă și pentru oscilații adaptative care se produc în banda trăirilor psihologice, ignorîndu-se că însuși Freud aprecia că „fără predispoziție constituțională nici o nevroză nu poate exista". Cu alte cuvinte, se impune sublinierea că psihiatrii clinicieni au fost de la început și se mențin în continuare ca promotori activi împotriva acelor tendințe care procedează la psihiatrizarea necompetentă a oricărui comportament uman.

---

* P. Brânzei, M. Șelaru, E Lozneanu : *Contribuții la studiul troficității vasculare periferice prin metoda radiobiologică.* Rev. Med. Chir. Iași, 1965, nr. 2, p. 536.

** W. Birkmayer : *Symp. Int. St. Moritz,* 1970. Ed. Ciba, Bâle, pp. 28-34.

Scanned with CamScanner

Interrelaţiile psihosomatice cu diversele modalităţi psihoterapice auto- sau hetero-inductive beneficiază de o amplă bibliografie contemporană la care am contribuit şi noi ***, demonstrînd corelaţiile trăirilor ideo-afective cu tripla funcţie de reglare umorală, endocrină şi nervoasă, corelaţii care exclud în acelaşi timp punctul de vedere despre conştiinţă ca un epifenomen lipsit de semnificaţie fiziologică.

Finalizînd prin sugerare aplicativă sensul *itinerarului* parcurs, se deduce în primul rînd *că psihoterapia constituie un apanaj definitoriu al medicinii,* şi, în al doilea rînd, că fuziunea psihiatriei cu psihologia şi cu celelalte ştiinţe antropologice conduce (prin intermediul echipei active de lucru) la dezvoltarea tridimensională a psihiatriei care vizează angajarea populaţiei în apărarea propriei sănătăţi mintale, condiţie de elevaţie umană prefigurată ca o amplă procesualitate preventivă de factură instructiv-educativă.

*

Procesualitatea — nu rareori descurajantă — a psihosindroamelor care determină o situaţie de handicap în ceea ce priveşte posibilităţile de adaptare şi integrare socio-profesională, a constituit de fapt unul din momentele critice ale psihiatriei contemporane, situaţie care a condus, în unele ţări din lume, la segregarea formală a părţilor sale componente şi respectiv la configurarea aparent independentă a unei psihiatrii biologice, a unei psihiatrii psihologice şi a unei psihiatrii sociale.

*** P. Brânzei : *Consumul de energie în raport cu stările psihice.* Teză, Iaşi, 1943.

C. C. Dimitriu, P. Brânzei, N. Goldenberg, M. Blum : *Acţiunea hipnozei asupra motilităţii gastrice la om.* St. şi Cerc. St. Acad. R.P.R. Fil. Iaşi, nr. 3—4, 1951, pp. 402-472.

C. C. Dimitriu, P. Brânzei, M. Casetti, M. Blum : *Influenţa inhibiţiei corticale asupra funcţiei motorii a diferitelor segmente ale tubului digestiv la om.* St. şi Cerc. Acad. R.P.R. Fil. Iaşi, 1952.

J. Niţulescu, P. Brânzei, O. Huţu : *Influenţa stării funcţionale a scoarţei cerebrale asupra variaţiilor reflex-condiţionate ale echilibrului glicemic la om.* St. şi Cerc. Acad. R.P.R. Iaşi, 1952.

Gh. Tudoran, P. Balmuş, P. Brânzei, M. Blum : *Rolul sistemului nervos central în reglarea timpului de coagulare a sîngelui în hemofilie.* St. şi Cerc. St. Acad. R.P.R. Fil. Iaşi, nr. 1—4, 1952.

P. Brânzei, O. Huţu, M. Baltaru : *Rolul scoarţei cerebrale în reglarea proceselor metabolice la om.* St. şi Cerc. Acad. R.P.R. Fil. Iaşi, 1952, nr. 1—4, pp. 313-331.

P. Brânzei : *Rolul semnalizării verbale în stare de hipnoză asupra unor reflexe înnăscute.* Rev. Med. Chir. Iaşi, 1956, nr. 4, pp. 163-173.

P. Brânzei : *Contribution à l'étude des explorations morpho-fonctionnelles dans la psychiatrie.* Ann. Méd. Psychol., 1964. T. 2, nr. 1, pp. 1-20.

P. Brânzei, M. Flis, I. Alexandrescu, V. Hrimiuc : *Observations concernant les modifications idéo-affectives dans les états nevrotiques.* Ann. Méd. Psychol., T. I. nr. 3, 1968, pp. 403-408.

Scanned with CamScanner

Plecînd de la analiza logic-dialectică a confruntărilor intrapsihiatrice, noi am ajuns la dezvoltarea în spiritul tradiţional determinist-ştiinţific şi umanist al Şcolii de la „Socola“ şi al psihologiei româneşti în general, a unui concept integrativ bio-psiho-social, dinamic şi totodată unitar, care impune luarea în consideraţie concomitentă atît a raporturilor dintre conţinutul şi forma părţilor, cît şi a fiinţei umane ca un întreg — reflectată prin nivelul său de conştiinţă faţă de normativităţile unei societăţi date.

Prin intermediul conceptului tridimensional se deduc astfel vectorial şi valenţele unei previziuni psihiatrice ecologo-epidemiologice structurată pe criterii concomitent nosologice, psihologice şi sociologice, care se acordă concomitent cu politica OMS privind salvgardarea sănătăţii fizice, mintale şi sociale.

Orientarea tridimensională şi totodată pertinent umanistă a psihiatriei clinice contemporane, pentru care militäm consecvent, se impune cu atît mai mult în condiţiile societăţii noastre în plină dezvoltare unde, pe lîngă creşterea vigurozităţii tineretului şi a mediei de viaţă datorită ameliorării progresive a condiţiilor economico-culturale, se acumulează în acelaşi timp ca produs al civilizaţiei şi efectul negativ al diferitelor serii de noxe poluante biogene şi psihogene, care induc în cîmpul sănătăţii mintale o polimorfă cauzalitate cu potenţial calitativ diferit, atît în generarea riscului de eşec adaptativ, cît şi în dinamica epidemiologiei psihiatrice invalidante. Devine astfel semnificativ faptul asupra căruia noi am insistat în repetate rînduri, şi anume că pe lîngă scăderea sau dispariţia unor psihoze exogene şi tendinţa la stabilizare a unor psihoze endogene corelate cu situaţiile de subdezvoltare, se produce în acelaşi timp o creştere evidentă a psihosindroamelor la limită cu normalitatea, ca de exemplu în cazul nevrozelor, psihopatiilor, a stărilor asteno-depresive, alcoolofiliilor sau a sindroamelor de involuţie.

Alături de alte studii ar mai fi de semnalat în planul prospectiv al apărării sănătăţii mintale şi concluziile cercetării efectuate de echipa serviciului psihosocial din Iaşi pe un număr de 5 000 adolescenţi, şi din care rezultă — între altele — că unii dintre ei comportă un risc potenţial de eşec adaptativ datorită interferenţelor marginale ale unui complex de factori negativi bio-psiho-sociali, complex pe care noi îl reunim în consensul noţiunii de *hipofrenie* şi ale cărei limite nosologice se situează în zona incertă dintre perturbările psihice şi sanogeneza mintală.

Coeficientul statistic nu are — desigur — sensul unui marcaj fatidic, deoarece procesul de adaptare la condiţiile sociale pe care adolescentul le „asimilează“ şi în acelaşi timp faţă de care el „reacţionează“, generează în mod firesc o situaţie permanentă de „conflict“ ca expresie a confruntării între ceea ce este realizat şi idealurile vocaţionale de realizat, problematică totdeauna incertă datorită variabilităţii conjuncturii condiţiilor în care fiecare tînăr îşi realizează propria sa experienţă de viaţă. Referindu-ne astfel la ris-

Scanned with CamScanner

cul de eşec adaptativ al tinerilor în conjuncţie cu situaţiile dezvoltării lor, experienţa centrului psihiatric din Iaşi conduce la concluzia că tulburările de comportament sînt induse în primul rînd de factorii de mediu, concluzie care se obiectivează în orientarea care se acordă de către noi şi expertizei psihiatrice ca factor activ de asistenţă medico-socială.

Semnificaţia dinamică a conceptului tridimensional în prospecţiunea sănătăţii mintale se deduce şi din analiza nosologică — respectiv etiopatogenică — a factorilor de handicap socio-profesional exprimat prin structura incapacităţii permanente de muncă care, după datele noastre, cuprinde în ultimii 10 ani 24% psihoze faţă de 76% psihosindroame la limită cu normalitatea.

Din datele enunţiativ prezentate, se deduc în mod necesar acţiunile complexe profilactico-curative şi organizatorice care necesită să fie transpuse în acţiune cu prioritate, corespunzător spiritului politic al planului pe termen lung privind dezvoltarea psihiatriei şi apărarea sănătăţii mintale, în condiţiile societăţii noastre contemporane.

*

Perspectiva epidemiologică corelată cu posibilităţile profilactico-curative ale psihiatriei contemporane, în relaţie cu previziunea amplei dezvoltări socio-economice şi culturale a societăţii noastre, ne obligă să apreciem că pe lîngă asigurarea cu un minimum de paturi, se impune simultan şi dezvoltarea asistenţei psihiatrice extraspitaliceşti cu diversele sale modalităţi şi posibilităţi aplicative scopului adaptării şi reintegrării sociale a handicapatului mintal.

Problematica integrării dinamice a potenţialului efector al psihiatriei contemporane pune în discuţie în acelaşi timp şi subiectul perspectivelor dezvoltării spitalului de psihiatrie. În această ordine de idei, clinicienii au remarcat încă cu mult timp în urmă că evoluţia bolnavilor psihici este mai favorabilă atunci cînd pe lîngă o medicaţie potrivită sînt antrenaţi şi într-o activitate oarecare, constatare de la care s-a ajuns la diferenţierea psihoterapiei ocupaţionale şi apoi la modalităţile ergoterapiei de grup ca latură a socioterapiei de reintegrare, corespunzător capacităţilor restante ale fiecărui caz în parte.

Plecîndu-se de la aceste constatări terapeutice şi vizîndu-se totodată semnificaţia stimulativ-umanizantă a unei remunerări echitabile a activităţii realizate, în cadrul centrului psihiatric din Iaşi s-a dezvoltat, iniţial sub formă experimentală, un spital deschis cu profil ergoterapic tip fermă agro-zootehnică cu o suprafaţă de 200 hectare pentru bolnavii cu evoluţie îndelungată care, în prezent a ajuns la o capacitate de 360 paturi pentru ambele sexe. Ulterior s-a realizat încă o unitate de acelaşi profil, cu un teren agricol de 30 hectare care acum are o capacitate de 310 paturi, dintre care un sector cu 60 paturi pentru copii. La această structură spitalicească pen-

Scanned with CamScanner

tru asistența bolnavilor cu evoluție îndelungată, se adaugă în plus o secție cu 250 paturi pentru femei și copii în ideea favorizării unui climat de instinctivitate familială, și o altă secție cu 110 paturi, ambele avînd un profil protectiv de tip cămin cu activități ocupaționale menajere și de atelier.

Structura spațializată constelativ a centrului psihiatric din Iași și al cărui nucleu îl constituie spitalul clinic de psihiatrie monoprofilat cu 840 paturi — dintre care 80 locuri în sector de zi, permite o continuă flotare a bolnavului în raport de procesualitatea stării sale, cercetarea ecologo-epidemiologică și relațiile extramurale cu teritoriul fiind asigurate prin intermediul serviciului psihosocial — și respectiv „laborator" de sănătate mintală.

Rezultatele obținute în cadrul centrului psihiatric din Iași — unde totalitatea personalului acționează folosind explicit, în efortul de redresare a bolnavilor pe care îi îngrijește, pe lîngă bioterapia diferențiată pentru fiecare caz în parte și ergoterapia de grup ca mediator socioterapic reintegrator, ne conduc la convingerea că terapia tridimensională ar fi cea mai indicată în momentul actual al evoluției asistenței psihiatrice. Această opinie constituie totodată și răspunsul nostru la inutila agitație privind așa-zisa „Antipsihiatrie".

*

Acțiunea complexă și susținută necesară pentru adaptarea și reintegrarea socio-profesională corespunzător capacităților restante ale bolnavilor psihici în general și îndeosebi a celor afectați de psihoze cu evoluție prelungită, nu rareori ignorată și mai grav încă chiar și desconsiderată, beneficiază la noi de Hotărîrea Consiliului de Miniștri nr. 1210/28 august 1970 privind remunerarea activității productive a handicapaților, hotărîre care comportă o remarcabilă semnificație și pe plan internațional, datorită caracterului său stimulativ și protectiv totodată.

Cu toate că rezultatele enunțate pot să apară la o primă vedere ca satisfăcătoare în condițiile actuale ale dezvoltării asistenței noastre psihiatrice, la o analiză plurifactorială, efectuată la nivelul centrului psihiatric din Iași, se demonstrează că de la idealurile enunțiative și pînă la transformarea lor în acțiuni eficiente există — practic vorbind — o cale încă destul de lungă. Astfel, cercetîndu-se capacitatea de reintegrare socio-profesională la 2 300 bolnavi psihici din municipiul Iași după ieșirea lor din spital, rezultă că 27% efectuează activități inferioare calificării lor anterioare cu toate că au potențialul de muncă restabilit, 52% rămîn inactivi cu toate că păstrează o capacitate productivă, și aproape 20% sînt menținuți cu dificultate în familie, deși starea lor indică a fi asistați în unități psihiatrice cu profil ergoterapic.

Trebuie de asemenea subliniat faptul binecunoscut al necesității continuării tratamentului ambulatoriu pentru menținerea și con-

Scanned with CamScanner

solidarea rezultatelor obținute în spital. Astfel, în cazul alcoolofiliei de exemplu, recăderile apar la cel puțin 40% din cazuri la 6 luni după ieșirea din spital; aceeași situație se întîlnește — desigur în proporții și sub aspecte diferite — la toate categoriile de bolnavi mintali care părăsesc tratamentul de întreținere sau care nu beneficiază de o psihoterapie rațională de susținere în cadrul familiei sau al grupului de care aparțin.

Cu alte cuvinte, acțiunea complexă de apărare a sănătății mintale cointeresează în egală măsură — deși din unghiuri diferite — — totalitatea persoanelor, instituțiilor și organismelor care au menirea să contribuie la evoluția armonioasă a individului și de a-l feri — pe cît posibil — de influențele nocive.

În concluzie, deși sănătatea mintală nu comportă numai o reflectare psihiatrică, ea se referă totuși, în primul rînd, la tendințele și acțiunile caracteristice laturii sociale a unei psihiatrii clinice tridimensionale și al cărei conținut constituie cheia de boltă a politicii de sănătate publică, bolile psihice exprimînd concentrarea în focar a factorilor de morbiditate în general.

Pentru aceste considerente, în cadrul activității unei echipe, care activează în domeniul sănătății mintale, atribuția de „lider inductor" îi revine psihiatrului, deoarece în lumina rolului său de astăzi și cu atît mai mult de mîine, el nu este numai medic ci și un activist civic cu responsabilități bine definite atît în vederea asigurării profilaxiei bolilor mintale, cît și în adaptarea și reinserția socială a handicapatului psihic în general.

FINTINARU · NECULAI ·

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Postfață

Itinerarul psihiatric are ca plan director un concept original *bio-psiho-social, dinamic și totodată unitar,* privind procesualitatea psihică în condiții normale și patologice. Acest concept tridimensional — elaborat și dezvoltat de autor în spiritul tradițional al orientării determinist-științifice și umaniste a psihologiei românești și al Școlii de psihiatrie de la „Socola"—Iași, se finalizează prin succesiunea dialectică a celor trei părți componente ale itinerarului propus : *Crochiu psihognoseologic, Semnificația și implicațiile diagnosticului psihiatric, Relația bio-psiho-socială — factor definitoriu în terapia psihiatrică.*

Lucrarea aspiră la o cît mai largă accesibilitate, în scopul de a contribui la promovarea sănătății mintale a populației.

Recurgînd la metoda deductiv-inductivă a variațiilor concomitente dintre normalitate și patologie pentru realizarea scopului propus, autorul se supune unui efort susținut de a fi pe cît posibil mai explicit — și totodată lapidar — în formularea tridimensională a psihiatriei contemporane. Pentru depășirea dificultăților impuse de tratarea subiectului însuși, cît și de ermetismul unui anumit limbaj de fuziune medico-psihologică, se recurge stilistic la explicația în text, la citatul sugestiv, cît și la ilustrația proiectivă pentru fiecare capitol în parte.

Crochiul psihognoseologic, ca primă parte a cărții, evocă izvoare și confruntări de opinii care au contribuit la dezvoltarea concomitentă a psihologiei și psihiatriei, nu în scopul de a scrie o istorie propriu-zisă despre aceste ample științe, ci de a omagia — în primul rînd — eforturile înțelepților din toate timpurile ca oamenii să devină „egali zeilor" în cunoașterea și vindecarea propriilor suferințe, luptă eroică împotriva tabu-urilor marcată prin următoarele etape ontogenetice :

— *Prin negurile cunoașterii* = onirism și cunoaștere concretă ; naturism sau cunoaștere axiomatică ; empirism sau cunoaștere prin medicină.

— *Cunoaștere prin credință, sau credință fără cunoaștere* = ev mediu și cunoaștere ; renaștere și cunoaștere ; despre epoca modernă

a cunoașterii : prin libertatea cunoașterii la psihiatrie ; blîndețea împotriva violenței — axiologie fundamentală psihiatrică ; prin psihiatrie la științele despre om și mediu.

— *De la caritate la psihiatria socială* = stadiul asistenței caritabile ; stadiul modern al organizării asistenței psihiatrice ; curente și opinii în psihiatria contemporană ; ecologo-epidemiologie și previziune psihiatrică.

Din succesiunea și confruntarea acestor stadii evolutive se deduce concluziv și sensul etic al crochiului psihognoseologic, și anume că deși în domeniul psihiatriei s-au înfruntat cele mai aspre rigori din partea mentalităților retrograde, s-a ajuns totuși la deschiderea perspectivelor societății contemporane, eliberată de opreliștile ignoranței privind suferințele propriului nostru suflet.

Semnificația și implicațiile diagnosticului psihiatric, ca cea de a doua parte a cărții, configurează teza prin care se structurează nosologia psihiatrică și la care autorul își aduce contribuția desprinzînd esențialul din particularitățile normalității și perturbărilor personalității.

Urmînd consecvent conceptul tridimensional enunțat, se evidențiază pe de o parte tendința la exagerările psihiatrizante ale oricărei oscilații sau reacții produsă în banda trăirilor psihologice adaptative, și pe de altă parte faptul că îmbolnăvirile psihice exprimă o concentrare în focar a factorilor de morbiditate în general, dinamica acestora variind concomitent atît în funcție de predispoziții, cît și în raport cu parametrii evolutivi ai unei societăți date.

În susținerea tezei enunțate, se confruntă tendințe, opinii și doctrine, pentru a se desprinde astfel elementele concluzive asupra dinamicii, întinderii și grupării stărilor morbide (prin intermediul unei clasificări concomitent etiopatogenică, sindromatică și sociologică — cu element de referință nivelul de conștiință față de propria persoană și interrelațiile sociale), după următoarea configurație :

— *Psihogeneza — expresie dinamică și unitară a interrelațiilor bio-psiho-sociale* = ontogeneză umană și risc mintal ; dinamica stadială — particularitate dominantă în ontogeneza psihismului infantil ; demodularea senzorio-motorie — factor de estimare a riscului mintal potențial ; vîrsta mintală și coeficientul de inteligență.

— *Constituții dizarmonice și reacții psihogene de adaptare* = biopsihotipologie și clasificare nosologică ; psihogenie și psihopatologie de adaptare (conversiunile psihogene — egofilie structurală sau refugiu intențional în boală, nevrozele — egofobie structurală sau sindrom reactiv de adaptare) ; egofilie nucleară și comportament aberant ; hipofrenie marginală și oligofrenie graduală.

— *Procesualitate psihotică și particularități nosologice* = sindromul psihotic reactiv acut ; psihoze predominant endogene (starea maniacală, starea melancolică, sindromul maniaco-depresiv) ; psihoze hipotimice (schizotimie sau autism temperamental, stări schizoidice și solipsism morbid, psihoza hipotimică discordantă — boală en-

Scanned with CamScanner

dogenă sau sindrom reactiv); psihoze paralogice sistematizate (idee sau sistem delirant, deliruri cronice sistematizate, psihoza paralogică formă mixtă).

Psihoze predominant exogene (meningo-nevraxita sifilitică — boală în dispariție, onirofilie și drogomanie — particularitate morbidă a pulsiunilor umane); psihosindroame endo-exogene (epilepsia — boală sau sindrom, puerperalitatea și perturbările mintale, senilitatea și tulburările personalității).

Din parcurgerea acestei părți, se diferențiază opoziția psihiatrului față de reminiscențele mentalității retrograde asupra bolii și bolnavului psihic, raporturile psihiatrului cu diferitele categorii de suferinzi și, în sfîrșit, opinia diferită a grupului față de bolnavul mintal, cît și față de psihiatrul însuși. Discutînd subiectele enunțate, autorul definește totodată și poziția etică a psihiatrului contemporan, nu numai ca medic în sensul general al cuvîntului, ci și ca activist civic al societății din care face parte și pe care o influențează totodată.

Partea a treia a cărții, și ultima etapă a itinerarului, tratează despre *Relația bio-psiho-socială ca factor definitoriu în terapeutica psihiatrică,* căutînd să realizeze echilibrul dialectic al părților prin următoarea logică interioară scopului propus :

Simbol și tabu, parte și întreg = despre psihoterapie și procedurile sale, despre bioterapie și medicația encefalotropă — „psihotropă", criterii aplicative în urgențele psihiatrice, semnificația unui concept tridimensional în terapeutica psihiatrică.

Orientarea psihiatrică tridimensională pentru care militează autorul, se impune nu numai ca o necesitate terapeutică privind sindromatica denumită „funcțională" — ci, mai mult, și pentru a răspunde la întrebările care se conturează tot mai evident în opinia publică contemporană : Ce este boala mintală ? Care este statutul social al bolnavului mintal, considerat neräspunzător ? Cum *trebuie* și cum *este tratat* congenerul nostru aflat în alienare ? Asemenea întrebări — cu rezonanță la condiția umană, care l-au determinat de altfel și pe autor să încerce să răspundă prin această carte, angajează de fapt pe orice om cu simțul răspunderii civice să reflecteze în primul rînd și apoi să acționeze față de situația bolnavului mintal în funcție de posibilitățile unei societăți date. Acest subiect atît de polimorf abordat de utopici sau de filantropi, de ignoranți sau de meschini, constituie în mod definitoriu un subiect științific de organizare socială prioritar în întreaga lume, care necesită să fie elaborat după un criteriu unitar, corespunzător stadiului de dezvoltare al fiecărei societăți în parte. În această privință, directivele politice privind îmbunătățirea asistenței populației, se reflectă univoc și în cuprinsul planului național de apărare și promovare a sănătății mintale, aprobat de Consiliul Sanitar Superior al R.S.R. în 1971.

Scanned with CamScanner

Se deduce deci motivația autorului, exprimată și prin această carte, de a milita cu pertinență pentru crearea — prin intermediul conceptului tridimensional enunțat — a unei baze de lansare comună pentru medici și psihologi, pedagogi și sociologi, juriști, umaniști, artiști, activiști obștești și organisme comunitare, vizînd promovarea sănătății mintale.

Spre această condiție de elevare umană, care se profilează ca o amplă acțiune preventivă de factură instructiv-educativă, nu se poate aspira — desigur — fără cunoașterea trăsăturilor fundamentale ale unei psihiatrii tridimensionale, și acesta este laitmotivul *itinerarului* pe care ne conduce autorul, spre descifrarea arcanelor și tabuurilor despre propriul nostru suflet și suferințele sale.

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Résumé

L'Itinéraire psychiatrique a comme plan directeur un concept original *bio-psycho-social, dynamique et en meme temps unitaire*, concernant le processus psychique dans des conditions normales et pathologiques. Ce concept tridimensionnel élaboré et développé par l'auteur — dans l'esprit de l'orientation déterministe-scientifique et humaniste de la psychologie roumaine et de l'école de psychiatrie de „Socola" Iași — prend forme dans la succession dialectique des trois composantes de l'itinéraire proposé : *Croquis psychognoseologique, La signification et les implications du diagnostic psychiatrique, La relation bio-psycho-sociale, facteur définitoire dans la thérapie psychiatrique.*

Son but étant de contribuer à la promotion de la santé mentale de la population, l'ouvrage cherche à être le plus accesible possible.

En faisant appel à la méthode inductive-déductive des variations concomitantes de la normalité et de la pathologie pour réaliser le but proposé, l'auteur s'impose à lui-même un effort soutenu pour être le plus explicite possible — et en même temps lapidaire — dans la formulation tridimensionnelle de la psychiatrie contemporaine. Pour dépasser les difficultés imposées par le sujet même, autant que l'hermétisme d'un certain langage médico-psychologique, on a recouru — en bon style — à l'explication de texte, aux citations suggestives et aux illustrations projectives pour chacun des chapitres.

Le Croquis psychognoséologique, ouvrant la première partie, évoque des sources et des confrontations d'opinions qui ont contribué au développement simultané de la psychologie et de la psychiatrie, cela non pas dans le but d'écrire une histoire proprement dite de ces vastes sciences, mais particulièrement pour rendre hommage aux efforts des sages de tous les temps qui ont actionné pour que les hommes deviennent „les égaux des dieux" dans la connaissance et la guérison de leurs propres souffrances ; lutte héroïque contre les tabous, marquée par les étapes ontogénétiques suivantes :

— *Par les ténèbres de la connaissance* = onirisme et connaissance concrète ; naturisme ou connaissance axiomatique ; empirisme ou connaissance par la médecine.

— *Connaissance par croyance ou croyance sans connaissance* = Moyen Âge et connaissance ; Renaissance et connaissance ; l'époque moderne de la connaissance ; de la liberté de la connaissance vers la psychiatrie ; la douceur contre la violence — axiologie fondamentale psychiatrique ; de la psychiatrie vers les sciences de l'homme et du milieu.

— *De la charité vers la psychiatrie sociale* = l'étape de l'assistance charitable ; l'étape moderne de l'organisation de l'assistance psychiatrique ; courants et opinions dans la psychiatrie contemporaine ; écologie-épidémiologie et prévision psychiatrique.

De la succesion et de la confrontation — de ces étapes évolutives, on déduit — en guise de conclusion — le sens éthique du croquis psychognoséologique et — particulièrement — que, tout en tenant tête aux plus sévères rigueurs de la mentalité rétrograde dans le domaine de la psychiatrie, on arrive à ouvrir les perspectives de la société contemporaine, libérée des entraves de l'ignorance à l'égard des souffrances de notre esprit.

La signification et les implications du diagnostic psychiatrique, deuxiéme partie de l'ouvrage, met en évidence la thèse par laquelle ressort la nosologie psychiatrique et à laquelle l'auteur ajoute son expérience en détachant l'essentiel parmi les particularités de la normalité et des perturbations de la personnalité.

Suivant conséquemment le concept tridimensionnel énoncé, on met en évidence d'une part la tendance aux exagérations psychiatrisantes de toute oscillation ou réaction produite des vécus psychologiques adaptatifs, et d'autre part le fait que les maladies psychiques expriment en même temps une concentration en foyer des facteurs de morbidité générale, leur dynamique variant simultanément par rapport aux prédispositions. ainsi qu'en fonction des paramètres évolutifs d'une société donnée.

Pour soutenir la thèse énoncée, on confronte des tendances, opinions et doctrines, en vue de détacher les éléments de conclusion touchant la dynamique, l'extension et le groupement des états morbides (par l'intermédiaire d'une classification simultanément étiopathogénique, syndromatique et sociologique — ayant pour élément de référence le niveau de conscience devant le moi propre et les interrelations sociales), selon la configuration suivante :

— *Psychogenèse — expression dynamique et unitaire des interrelations bio-psycho-sociales* = ontogenèse humaine et risque mental ; dynamique des différentes étapes du développement — particularité dominante dans l'ontogenèse du psychisme infantile ; les troubles du développement sensorimotrice — facteur d'estimation du risque mental potentiel ; l'âge mental et le coefficient d'intelligence.

Scanned with CamScanner

— *Structures dysharmoniques et réactions psychogènes d'adaptation* = biopsychotypologie et classification nosologique ; psychogénie et psychopathologie d'adaptation (les conversions psychogènes — égophilie structurelle ou refuge intentionnel en maladie, les névroses — égophobie structurelle ou syndrome réactif d'adaptation) ; égophilie nucléaire et comportement aberrant ; hypophrénie marginale et oligophrénie graduelle.

— *Processus psychotique et particularités nosologiques* = syndrome psychotique réactif aigu ; psychoses à caractère endogène prédominant (l'état maniaque, l'état mélancolique, syndrome maniaco-dépressif) ; les psychoses hypothymiques (schizothymie ou autisme, états schizoïdes et solypsisme morbide, la psychose hypothymique discordante — maladie endogène ou syndrome réactif) ; psychoses paralogiques systématisées (idée ou système délirant, délires chroniques systématisés, la psychose paralogique forme mixte).

— Psychoses à caractère exogène prédominant (méningo-nevraxite psychotique syphilitique — maladie en cours de disparition, onirophilie et drogomanie — particularité morbide des pulsions humaines) ; psychosyndromes endo-exogènes (épilepsie — maladie ou symptôme, puerpéralité et perturbations mentales, sénilité et troubles de la personnalité).

Du contenu de cette partie ressortent l'opposition du psychiatrie devant les réminiscences de la mentalité rétrograde en face de la maladie et du malade psychique, les rapports du psychiatre avec les diverses catégories de souffrants et, enfin, l'opinion différente du groupe à l'égard du malade mental, ainsi qu'envers le psychiatrie lui-même. En discutant les sujets énoncés, l'auteur définit en même temps la position éthique du psychiatre contemporain, non seulement comme médecin dans le sens général de la notion, mais aussi comme activiste civique de la société dont il fait partie et sur laquelle il fait porter son influence.

La troisième partie de l'ouvrage, dernière étape de l'itinéraire, met en évidence la *Relation bio-psycho-sociale comme facteur définitoire dans la thérapeutique psychiatrique*, et essaie de réaliser l'équilibre dialectique des parties par la logique intérieure du but proposé :

Symbole et tabou, partie et tout entier = sur la psychothérapie et ses méthodes ; sur la biothérapie et la médication encéphalotrope — „psychotrope", des critères psychiatriques avec application dans les urgences médicales, la signification d'un concept tridimensionnel dans la thérapeutique psychiatrique.

L'orientation psychosomatique tridimensionnelle pour laquelle l'auteur milite, s'impose non seulement comme une nécessité thérapeutique concernant la syndromatique définie comme „fonctionnelle", mais, en outre, pour répondre aux questions qui reviennent de plus en plus fréquemment dans l'opinion publique : Qu'est-ce que la maladie mentale ? Quel est le statut social du malade mental,

Scanned with CamScanner

considéré comme irresponsable ? Comment *faut-il traiter* et comment *est-il* traité notre congénère en état d'aliénation ? De telles questions — ayant une résonance sur la condition humaine, ce qui a d'ailleurs déterminé l'auteur à essayer d'y répondre par ce livre — engagent en fait tout homme ayant le sentiment de la responsabilité civique, à réfléchir premièrement, et puis agir devant la „destinée des fous", en fonction des possibilités d'une certaine société. Ce sujet, si diversement abordé par les utopistes ou les philantropes, les ignorants ou les mesquins, constitue — particulièrement — un sujet scientifique sur l'organisation sociale, prioritaire dans le monde entier, qui nécesite d'être élaboré selon un critère politique unitaire, en concordance avec le stade de développement de chaque société à un moment donné. En ce sens, les directives politiques concernant l'amélioration de l'assistance à la population se concrétisent dans le cadre du programme national de préservation et de promotion de la santé mentale, approuvé par le Conseil Sanitaire Supérieur de la R.S.R. en 1971.

On déduit donc la motivation de l'auteur, exprimée une fois de plus par ce livre, de militer avec pertinence — au moyen d'un concept tridimensionnel — pour la création d'une base de lancement commune aux médecins et psychologues, pédagogues et sociologues, juristes, humanistes, artistes, travaileurs civiques et organismes communautaires, ayant pour fin l'organisation — par la société elle-même — de la sauvegarde de sa propre santé mentale.

On ne peut atteindre, avec certitude, cette condition d'élévation humaine, qui ressort comme une ample action préventive de manière instructive-éducative, sans la connaisance des traits fondamentaux d'une psychiatrie tridimensionnelle, laquelle constitue le leitmotiv de *l'itinéraire*, au fil duquel l'auteur nous conduit vers le déchiffrement des arcanes et des tabous du moi propre et de ses souffrances.

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Summary

The Psychiatric Itinerary has as its guiding plan an original, both *bio-psycho-social dynamic and unitary outlook* concerning the psychic process-course on normal and pathological conditions as well. This three-dimensional outlook drawn up and developed by the author on the traditional line of the determinist-scientific and humanist direction of the Romanian psychology and of the Psychiatric School of „Socola" Iași — comes to a final result through the dialectical succession of the three component parts of the proposed itinerary : *Psycho-gnosiological Sketch, The Significance and the Implications of the Psychiatric Diagnosis, The Bio-psycho-social Relation — An Essential Factor in the Psychiatric Therapy.*

This work aims at allowing a most accessible approach, with the purpose of contributing in the promoting of the population's mental health.

In order to achieve the intended aim and appealing for the deductive-inductive method of the simultaneous variations between the sane level and the pathological one, the author continuously takes pains at being as explicit as possible — and concise at the same time, in laying the three-dimensional formulation of the contemporary psychiatry. In surmounting these difficulties imposed by the treatment of the subject and also by a certain hermetic and psychologico-medical language fusion, the author stylistically avails himself of the explanation within the text, the suggestive quotation, as well as of the projective illustration for each chapter.

The Psycho-gnosiologic Sketch, as the first part of the book, surveys sources and opinion confrontations, that have contributed to the simultaneous development of psychology and psychiatry. The aim of this part is not that of offering a proper record of these broad sciences, but it is one — first of all — of paying homage to the wise men's endeavours who for ever have acted to make people become „equal to gods" in knowing and healing their own sufferings. A heroic struggle has it been against taboos marked by the following ontogenetic stages.

— *In the darkness of knowledge* = Onirism and the concrete cognition ; cognition by nature or axiomatic cognition ; empiricism or cognition through medicine.

— *Cognition through belief or belief without cognition* — the Middle Ages and knowledge ; Renaissance and knowledge ; about the modern epoch of cognition ; by the free cognition towards psychiatry ; kindness against violence — essential psychiatric axiology ; by psychiatry towards the science on man and environment.

From charity to social psychiatry = the stage of the charitable assistance, the modern stage of organizing the psychiatric aid, trends and opinions in the contemporary psychiatry, ecologo-epidemiological and psychiatric prevision.

From the succession and the confronting of the evolutive stages, it is also ultimately inferred the ethical meaning of the psycho-gnosiological sketch, namely that although in the psychiatrical field it has been faced the most strict rigours derived from the retrograde mentalities, it has been however achieved the opening of the prospects of the contemporary society, released from ignorance's hindrances on the sufferings of our own soul.

The Significance and the Implications of the Psychiatric Diagnosis, the second part of the book outlines the thesis by which the psychiatric nosology is structured and to which the author joins his personal experience pointing out the essence from the peculiarities of sanity and the perturbations of personality.

By a consistent pursuit of the formerly stated three-dimensional outlook, it is emphasized — on one hand — the tendency towards exaggerations in the psychiatric manner of any oscillation or reaction produced by the psychological experiences aiding adjustment and — on the other hand, it is pointed out that the psychic diseases express a concentration in the focus of the general morbidity factors, the dynamics of these varying simultaneously both in accordance with the predispositions and depending on the progressive parameters of a certain society.

Tendencies, opinions and doctrines have been ballanced in order to account for the thesis stated above, and the elements finally resulting from this review refer to the dynamics, the stretching and the grouping of the morbid states (through the medium of a simultaneously etiopathogenic, syndromatic and sociological classification — having as a reference element the awareness level for that every person and the social interrelations). The different trends and opinions fall under the following subheadings :

— *Psychogenesis, dynamic and unitary expression of the bio-psycho-social interrelations* = human ontogenesis and mental risk ; the stage dynamics — the outstanding peculiarity of the ontogenesis of the infantile psychism ; the sensorial motory demodulation — the estimation factor in the potential mental risk ; the mental age and the coefficient of intelligence.

Scanned with CamScanner

— *Discordant structures and psychogenic reactions of accommodation* = bio-psychotypology and nosologic classification ; adaptation psychopatology and psychogenesis (psychogenetic conversions — structural egophilie or willful refuge in disease, neuroses — structural egophoby or reactive syndrome of accommodation) nuclear egophilie and aberrant behaviour ; marginal hypophreny and gradual oligophreny.

— *Psychotic process-course and nosological peculiarities* = the acute reactive psychotic syndrome ; prevailing-endogenous psychoses (the manic state, the melancholy state, the manic-depressive syndrome) ; hypotimic psychoses (schizotimic or autism, schizoidic cases and morbid solipsism, discordant hypotimic psychoses — endogenous disease or reactive syndrome) ; systematized paralogical psychoses (delirious idea or system, systematized chronic ravings, the mixed type of paralogical psychoses).

Prevailingly exogenous psychoses (luetic psychotic meningonevraxite psychosomatic diseas in disappearance ; onirophilia and toxicomania, morbid peculiarity of human pulsations), endo-exogenous psychosyndromes (epilepsy — disease or syndrome, puerperality and the mental disorders, senility and demodulations of personality.

Out of this part, there becomes relevant the opposition of the psychiatrist against the reminiscences of the backward conception on the psychiatric disease and pacient, the psychiatrist's relationshpis with different types of sufferings, and finally, the group's different opinion both on the mental pacient and on the psychiatrist himself. Discussing the subjects stated above the author defined also the ethical position of the contemporary psychiatrist, not only as a psysician in the general meaning of the word but also as a civil worker of the society to which he belongs and which he influences.

The third part of the book and the last stage of the itinerary treats about *The Bio-psycho-social Relationship as a Defining Factor in the Psychiatric Therapeutics* trying to accomplish the dialectic equilibrium of the parts under the following internal logic of the proposed aim.

Symbol and Taboo, Part and the Whole = on the psychotherapy and its procedures ; on psychiatric bio-therapy and the encephalotropic medication — „psychotropic", psychiatric criteria able to be applied in medical emergency, the significance of a three — dimensional concept in the psychiatric therapy.

The three — dimensional psychosomatic direction, in favour of which the author is, claims at being not only a therapeutic necessity — concerning syndrome typology named „functional" — but also claims at answering the questions that are still more explicitly raised by the contemporary public opinion : What is the mental disease ? What is the social statute of the mental pacient, considered

Scanned with CamScanner

irresponsible ? How *should* and how *is treated* our human being in alienation ?

Such questions with resonance on the human condition, which have also determined the author to try to answer them in the book, really employ any man endowed with civil responsability — first — to think — and then — to act — towards „the mentals' destiny" — depending on the cognition and the possibilities of a certain society. This subject, so polymorphously launched either on the utopian or the philantropic aide, on the ignorant or the petty side, represents first of all a scientific subject of social organization, of primary importance in the world, which need to be created in accordance with a unitary political criterion, coresponding to the development stage proper to any society. In this connection, the political directions regarding the improvement of the population's assistance, have been also represented in the national plan of defending and promoting the mental health, aproved by the Supreme Sanitary Council of the Socialist Republic of Romania in 1971.

It is therefore inferred the author's reason also expressed once more in this book, of militating in favour of creating — by means of the three-dimensional concept — a launching field shared by the psychologist physicians, teachers and sociologists, jurists, humanists, artists, public activists and common organical structures that would aim at the society's safeguarding of its own mental sanity.

Striving after this condition of human elevation that takes the shape of a broad preventive action of an instructive-educative stamp also means — indeed — the cognition of the fundamental traits of a three-dimensional psychiatry, and this becomes the leit-motif of the *itinerary,* on which the author leads us, towards the deciphering of the taboos and mysteries of our own soul and its sufferings.

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Zusamenfassung

Das *Psychiatrische Standorte* betitelte Buch stützt sich im wesentlichen auf die originelle Fassung eines dynamischen und einheitlichen *bio-psycho-sozialen* Konzepts, welches auf die psychische Prozesshaftigkeit unter normalen sowie unter pathologischen Bedingungen Bezug nimmt.

Der Verfasser erarbeitete und erweiterte dieses dreidimensionale Konzept im Geiste wissenschaflich- deterministischer und humanistischer Einstellung, wie sie die Psychologie als Wissenschaftsdisziplin in Rumänien und die psychiatrische Schule „Socola" Iași überliefert zu dem, was mit den angeführten Standorten in ihrer dialektischen Abfolge der drei Teile sichtbar gemacht wird : *Psychognoseologischer Abriss, Bedeutung und Implikation der psychiatrischen Diagnose, Die bio-psycho-soziale Relation als entscheidender Faktor der psychiatrischen Therapie.*

Die Arbeit ist bemüht, auf breite Leserkreise zu Wirken, zwecks Förderung einer Einstellung, die als Beitrag zu der geistigen Gesunderhaltung des Volkes ausgewertet werden kann. In anbetracht dieses Ziels und unter Anwendung der deduktiv-induktiven Methoden auf gleichzeitige Variationen des Normalzustandes und der Pathologie versucht der Verfasser möglichst gründlich und knapp die dreidimensionale wissenschaftliche Psychiatrie darzulegen. Um die mit der Behandlung des Stoffes selbst sowie mit dem Auftauchen der Fachtermini verbundenen Schwierigkeiten zu überwinden, wird vom stilistischen Standpunkt die Explikation im Text, das suggestive Zitat verwendet, sowie die projektive Illustration zum jeweiligen Kapitel.

Psychiatrischer Abriss lautet der Titel des ersten Teils des Buches ; hier werden Quellen und Meinungsverschiedenheiten angeführt, die zur gleichzeitigen Herausbildung von Psychologie und Psychiatrie beitrugen : dabei geht es dem Verfasser nicht um eine eigentliche historische Darstellung dieser Wissenschaften, sondern primär um die Hervorhebung der Verdienste jener Männer, die im Laufe der Zeit ihre ganze Kraft einsetzten, um die Menschen „göttergleich" in der Kenntnis und Heilung ihrer Leiden zu machen, die

die Beseitigung aller Tabus forderten, wie diese in folgenden ontologischen Etappen widerspiegelt werden :

— *Nebelbilder der Erkenntnis* = Onirik und konkrete Erkenntnis ; Naturismus oder axiomatische Erkenntnis ; Empirik oder Erkenntnise durch die Medizin ;

— *Erkenntnis aufgrund des Glaubens oder Glaube ohne Erkenntnis* = Mittelalter und Erkenntnis ; Renaissance und Erkenntnis ; über die moderne Epoche der Erkenntnis ; durch Freiheit der Erkenntnis zur Psychiatrie ; Sanftheit und Gewalt — die grundlegende psychiatrische Axiologie ; über die Psychiatrie zur Wissenschaft vom Menschen und der Umwelt.

— *Über die Barmherzigkeit zur sozialen Psychiatrie* = die Phase der barmherzigen Betreuung ; die moderne Phase einer organisierten psychiatrischen Betreuung ; Strömungen und Standpunkte in der zeitgenössischen Psychiatrie ; das ökologisch Epidemiologische und die psychiatrische Voraussicht.

Aufgrund der Abfolge und der Konfrontation dieser Entwicklungsstadien wird auch die ethische Bedeutung des psychognoseologischen Abrisses erfassbar, dass nämlich auf dem Gebiete der Psychiatrie stets gegen überholte Standpunkte angekämpft werden musste. In der gegenwärtigen Gesellschaft eröffnen sich neue Perspektiven für die Heilung unserer seelischen Leiden, zumal heute die Vorturteile hinsichtlich derselben beseitigt sind.

Bedeutung und Implikation der psychiatrischen Diagnose, der zweite Teil des Buches, kündigt die These an, worauf die psychiatrische Nosologie aufbaut und wozu der Verfasser seinen Beitrag leistet, indem er das Wesentliche von den Eigenheiten der Normalität und der Störungen der Persönlichkeit ableitet.

Während dem dreidimensionalen Konzept dauernd Rechnung getragen wird, bemüht sich der Verfasser, einerseits die Tendenz zu psychiatrischen Übertreibungen hervorzuheben, die bei Schwankungen oder Reaktionen adaptativer psychischer Erlebnisse sichtbar werden. Andererseits werden die psychischen Störungen und Erkrankungen als Ausdruck einer zum Herd konzentrierten Faktoren allgemeiner und dynamischer Morbidität dargestellt, deren Prozesshaftigkeit zugleich von Veranlagung und von den Entwicklungsbedingungen der jeweiligen Gesellschaft abhängt.

Die vom Verfasser ausgesprochene Behauptung basiert auf der Konfrontation von Tendenzen, Meinungen und Doktrinen, die ihrer Schlüssigkeit halber in Bezug auf die Dynamik, die Ausdehnung und Gruppierung morbider Zustände angeführt werden (die etiopathogene, syndromatische und soziologische Klassifizierung hat als Bezugspunkt das Bewusstsein der Persönlichkeit und deren zwischenmenschliche Beziehungen), wie folgt:

— *Die Psychogenesis als dynamischer und einheitlicher Ausdruck der bio-psychisch-sozialen* Interrelation = humane Ontoge-

Scanned with CamScanner

nesis und geistiges Risiko; stadiale Dynamik, eine dominierende Eigenheit in der Ontogenesis der Kinderpsyche;

— *Disharmonische Konstitutionen und psychogene Verhaltensweisen bei der Anpassung* = Biopsychotypologie und nosologische Klassifikation; Psychogenie und Psychopathologie der Anpassung (psychogene Konversionen — strukturelle Egophilie oder intentionale Zuflucht in die Krankheit, Neurosen — strukturelle Egophobie und aberrantes Verhalten; marginale Hypophrenie und graduelle Olygophrenie.

— *Psychotische Prozesshaftigkeit und nosologische Eigenheiten* = akutes reaktiv psychotisches Syndrom; vorwiegend endogene Psychosen (Maniezustände, melancholische Zustände, Syndrom depressiver Manie); hypotyme Psychosen (Schizotymie oder temperamenthafter Authismus, schizoide Zustände und morbider Solipsismus, diskordante hypothyme Psychose — endogene Krankheit oder reaktives Syndrom); systematisierte paralogische Psychosen (delirierende Idee oder System, systematisiertes chronisches Delirium, paralogische Psychose von uneinheitlichem Gepräge).

Vorwiegend exogene Psychosen (syphilitisch psychotische Meningo-Nevraxitis — eine im Verschwinden begriffene Krankheit, Onirophilie und Drogenmanie — eine morbide Eigenheit der mensch lichen Pulsionen) endoexogene Psychosyndrome (Epilepsie — Krankheit oder Syndrom, Puerperalität und geistige Störungen, Senilität und Demodulation der Persönlichkeit).

Aufgrund der Einsicht in diesen Teil des Buches wird die Einstellung des Psychiaters zu Reminiszenzen überholter Mentalität hinsichtlich der Geisteskranken — und Krankheiten abgegrenzt, sodann das Verhältnis des Psychiaters zu verschiedenen Kategorien von Kranken und schliesslich die der Gruppierungen über den Psychiater selbst.

Im Laufe der Diskussion der angeführten Fragen definiert der Verfasser den ethischen Standort des Psychiaters nicht nur als Arzt im allgemeinem Sinn, sondern auch als bewusster Arbeiter der Gesellschaft, der er angehört und die er beeinflusst.

Der dritte Teil des Buches und somit die letzte Etappe der Standorte behandelt das Problem der *bio-psychisch-sozialen Relation als entscheidenden Faktor der psychiatrischen Therapie*, wobei das dialektische Gleichgewicht der Teile durch die innere Logik des angestrebten Ziels hergestelt wird.

Symbol und Tabu, Teil und Ganzes = über die Psychotherapie und ihre Verfahren; über die Biotherapie und die enzephalotrope, „psychotrope" Heilung medikamentöser Art, psychiatrische Kriterien der Anwendung in der Ersten Hilfe die Bedeutung eines dreidimensionalen Begriffs in der psychiatrischen Therapie.

Die vom Verfasser verfochtene dreidimensionale psychosomatische Ausrichtung erweist sich nicht nur als eine therapeutische Notwendigkeit in der Praxis der allgemeinen Medizin — der sog.

Scanned with CamScanner

„funktionalen" Syndromatik, sondern auch hinsichtlich der erneut gestellten Fragen seitens der öffentlichen Meinung: Was ist eine Geisteskrankheit? Welches ist das soziale Statut des Geisteskranken, der als unzurechnungsfähig angesehen wird? Wie *muss* und wie *wird* unser Mitmensch behandelt, der sich im Zustand der Alienation befindet? Diese Fragen hinsichtlich der existentiellen Situation des Menschen, die der Verfasser in vorliegendem Buch zu beantworten suchte, verpflichten jeden Menschen mit gesellschaftlichem Verantwortungsgefühl zunächst zum Nachdenken und schliesslich — zum Handeln — in anbetracht des „Narrenschicksals" unter den Bedingungen bestimmter Möglichkeiten und einer bestimmten Gesellschaft. Dieses seitens der Utopisten oder der Philanthropen, seitens der Unwissenden oder der Bösewichte so polymorph behandelte Thema stellt in erster Reihe ein wissenschaftliches Thema sozialer Organisierung dar, das sich in der ganzen Welt aufgrund eines einheitlich politischen Kriteriums in anbetracht konkreter Bedingungen der jeweiligen Gesellschaft erstrangiger Bedeutung erfreut. Die Richtlinien unseres Landes widerspiegelt auch der Inhalt des Nationalplans zur Förderung und zur Verbesserung geistesgesundheitlicher Betreuung, der vor Gesundheitsrat der S R R 1971 bewilligt wurde.

In diesem Sinne ist die Absicht des Verfassers leicht ablesbar, auch mit Hilfe dieses Buches — und des dreidimensionalen Konzepts — eine gemeinsame Plattform für die Ärzte und Psychologen, Juristen, Humanisten, Künstler und Funktionäre des öffentlichen Lebens anzustreben, die begünstigt, dass die Gesellschaft durch die Organisierung ärztlicher Betreuung die Bedingungen für ihre eigene geistige Gesunderhaltung schafft.

Die Erhöhung der menschlichen Existenz, die als weitgreifende erzieherische und bildnerische Aktion aufgefasst werden muss, kann allerdings nur mit Hilfe der sozialen dreidimensionalen Psychiatrie verwirklicht werden. Sie war das Leitmotiv des Verfassers in der Aufzeigung der psychiatrischen Standorte, die mehr als je ein sprechender Beweis für die Bestrebung zur Enträtselung von Tabus und Mysterien und von Versuchen zur Beseitigung der seelischen Leiden der Menschheit zeugen.

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Резюме

Путь психиатрии имеет свой особенный б и о-п с и х о-с о ц и а л ь н ы й д и н а м и ч е с к и й и в т о ж е в р е м я у н и т а р н ы й в его психической процессуальности в условиях нормы и патологии смысл. Этот трёхмерный аспект, разработанный и развитый автором в духе традиционного научного направления и гуманитарного детерминизма румынской психологии характерного и для Ясской психиатрической школы госпиталя „Сокола", раскрывается в диалектической последовательности трёх составных частей данного труда: п с и х о г н о с е о л о г и ч е с к и й э с к и з, з н а ч е н и е и п о с л е д с т в и я п с и х и а т р и ч е с к о г о д и а г н о з а, б и о-п с и х о-с о ц и а л ь н ы е о т н о ш е н и я к а к о п р е д е л я ю щ и й ф а к т о р в п с и х и а т р и ч е с к о и л е ч е н и и.

Настоящая работа рассчитана на широкую доступность публики с целью содействия и поддержки психического здоровья населения.

Для достижения поставленной цели, применяя дедуктивно-индуктивный метод в изучении соответствующих изменений между нормой и патологией, автор старается быть ясным и кратким в конкретной трёхмерной формулировке современной социальной психиатрии. Трудности, связанные с развитием данной темы, а также и особенности медико-психологической сложной формулировки, автор преодолевает, прибегая к соответствующим пояснениям, к цитатам, а также к проективным иллюстрациям для каждой главы.

П с и х о г н о с е о л о г и ч е с к и й э с к и з, в первой части книги, рассматривает источники и противоположные мнения п о данному вопросу, способствовавшие в равной мере развитию психологии и психиатрии, не с целью изложения собственно истории этих пространных наук, а с тем чтобы в первую очередь определить вклад великих умов всех времён, содействовавших тому, чтобы люди стали „подобные богам" в познании и лечении собственных страданий; героическая эта борьба против всяческих „табу", отмечается следующими онтогенетическими этапами:

— С к в о з ь т у м а н п о з н а н и я = ониризм или конкретное познание; натуризм или аксиоматическое познание; эмпиризм или познание в области медицины;

— Познание посредством веры или вера без познания = средние века и познание; возрождение и познание; новая эпоха в познании; через свободу познания к психиатрии; противопоставление доброты и чуткости насилию — в смысле основной психиатрической аксиологии; через психиатрию к наукам о человеке и среде.

— От любви к ближнему до социальной психиатрии = период милосердного призрения; новая стадия организации психиатрической помощи; основные течения и направления в современной психиатрии; экологоэпидемиология и психиатрическое предвидение.

— Чередование и сопоставление этих стадий эволюции приводит к основному этическому выводу нашего психогносеологического очерка, а именно, хотя в области психиатрии соперничество ретроградных представлений выражалось нередко в жесточайших мероприятиях, в итоге всёже открылись перспективы для современного общества, свободного от всех невежественных запретов в познании страданий нашей собственной души.

— Значение и последствия психиатрического диагноза, такова тема второй части книги, где приводится тезис на основе которого систематизируется психиатричеекая нозология, и где автор вносит свой вклад, выявляя особенности нормального состояния и нарушений личности. Развивая последовательно вышеизложенный трёхмерный замысел, автор указывает с одной стороны на существующую тенденцию к психиатризирующим крайностям при наличии любого колебания или любой реакции, возникающих в сфере психологических приспособительных переживаний, а с другой стороны на тот факт, что психические заболевания являются как бы очагом концентрации общего состояния организма. Динамика этих заболеваний варьирует в зависимости от предрасполо-жения и в соответствии с развивающимися параметрами данного общества.

В защиту излагаемого тезиса приводятся стремления, мнения и доктрины для того, чтобы убедительно выделить заключительные элементы в отношении динамики, распространения и распределения болезненных состояний (сопостовляется этиопатогенетически-синдромо-социологическая классификация со степенью сознания собственной личности и социальных взаимоотношений) согласно следующей конфигурации:

— психогенез — динамическое единое выражение био-психо-социальных соотношений = человеческий онтогенез и психический риск; стадийная динамика — доминирующее положение в онтогенезе детского психизма; двигательно-сензориальное демодулирование — фактор оценки потенциально умственного риска; психический возраст и степень умственного развития.

— дизгармонические конституции и психогенетические реакции приспособления = биопсихотипология и

Scanned with CamScanner

нозологическая классификация; психогения и психопатология адаптации (психогенные конверсии — интенциональное бегство в болезнь, неврозы — структурная эгофобия или реактивный синдром адаптации); ядерная эгофилия и аберантное поведение; краевая гипофрения и градуальная олигофрения.

— психотическая процессуальность и нозологические особенности = психотический острый реактивный синдром; преобладающе эндогенные психозы (маниакальное состояние. меланхолическое состояние, маниакально-депрессивный синдром); гипотимные психозы (шизотимия или темпераментальный аутизм, шизоидные состояния, морбидный солипсизм, гипотимический дискордантный психоз — эндогенная болезнь или реактивный синдром); систематизированные паралогические психозы (бредовая идея или система, хронический систематизированный бред, смешанная форма паралогического психоза).

Преимущественно экзогенные психозы (сифилитический менингоневраксит — исчезающая болезнь, онирофилия и наркомания — морбидная особенность человеческих импульсов); эндоэкзогенные психосиндромы (эпилепсия — болезнь или синдром, пуэрперальность и психические расстройства, старение и демодуляция личности).

При рассмотрении этой части работы выявляется противопоставление психиатра всяческим ретроградным реминисценциям во взглядах на болезнь и психически больного, отношение психиатра к различным категориям больных и, наконец, мнение данной группы, и психически больном, о самом психиатре. Развивая вышеизложенное, автор определяет также этическую позицию современного психиатра не только как врача в широком смысле этого слова, но и как сознательного активиста в обществе к которому он принадлежит и на которое в тоже время он влияет.

Третья часть книги, трактует био психо-социальные отношения как решающий фактор в психиатрической терапии. и пытается осуществить диалектическое равновесие частей, прибегая к внутренней логике преследуемой цели:

Символ и табу, часть и целое = о психотерапии и её процедурах, о биотерапии и об энцефалотропном или „психотропном" лечении, о психиатрических критериях, при острых и неотложных заболеваниях, о смысле трёхмерной концепции в психиатрической терапевтике.

Трёхмерное психосоматическое направление, за которое ратует автор, импонирует не только как терапевтическое мероприятие в практике общей медицины, относящейся к так называемой „функциональной" синдроматике, но и для того чтобы ответить на вопросы, которые намечаются всё яснее со стороны общественности: Что такое душевная болезнь? Каков социальный статус психически больного, признаниого

Scanned with CamScanner

невменяемым? Как следует лечить и как по существу лечится в ностоящее время наш собрат в состоянии умопомешательства? Подобные вопросы, затрагивающие вопрос условия человеческого существования, побудили автора к попытке ответить на них в данной книге. Эти вопросы побуждают также любого человека, наделённого чувством гражданской ответственности, во первых поразмыслить, а затем когда речь касается „судьбы умалишённых" — приступить к делу в зависимости от возможностей данного общества, Эти сложная область к которой пыталась подойти утописты и филантропы, а также невежды и всякого реда сомнительные деятели, является главным образом предметом социально-научной организации, пользующейся ныне приоритетом во всём мире и которая разрабатывается согласно единому политическому критерию, соответстующему уровню развития каждого общества в отдельности. С этой точки зрения политические директивы об улучшении медицинской помощи населению отражаются четко в содержании национального плана защиты психического здоровья, утверждённого в 1971 г.

Остюда ясно, в чем заключается выраженная автором в данной книге мотивация постоянной борьбы за создание на основе трёхмерной концепции — широкой базы для совместных усилий медиков и психологов, педагогов и социологов, юристов и гуманистов, деятелей искусства, общественных активистов и организмов с целью мобихизации общества для защиты собственного психического здоровья.

К подобному возвышенному представлению о превентивных действиях, носящих обширный воспитательно-образовательный характер, нельзя конечно приблизитсья без познания основных черт трёхмерной психиатрии, что является лейтмотивом того путешествия в область психиатрии, в котором сопровождает нас автор с целью выяснения всяких ловушек и табу нашей собственной души и её страданий.

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Resumen

El itinerario psiquiátrico tiene como plan director un concepto original *bio-psico-social, dinámico y unitario,* a la vez, con respecto a los fenómenos psíquicos en condiciones normales y patológicas. Este concepto tridimensional — elaborado y desarrollado por el autor en la línea tradicional de la orientacíon determinista — científica y humanista de la psicología rumana y de la Escuela de psiquiatría de "Socola", Iaşi, — se finaliza por la sucesión dialéctica de las tres partes componentes del itinerario propuesto : *Croquis psicognoseológico, La significación y las implicaciones del diagnóstico psiquiátrico, La relación bio-psico-social — factor definidor en la terapia psiquiátrica.*

La obra aspira al más amplio acceso, con el fin de contribuir a la promoción de la salud mental de la población.

Para realizar el fin propuesto, y apelando al método deductivo-inductivo de las variaciones concomitantes entre la normalidad y la patología, el autor hace un esfuerzo continuo de ser lo más explícito y lapidario posible al formular de modo tridimensional la psiquiatría contemporánea.

Para superar las dificultades impuestas por el tema mismo y por el hermetismo de un cierto lenguaje de fusión médico-psicológico, se hace uso estilístico de la explicación en el texto, de la cita sugestiva y de la ilustración proyectante por cada capítulo aparte.

El *Croquis psicognoseológico,* como primera parte del libro, evoca fuentes y confrontaciones de opiniones que contribuyeron al desarrollo simultáneo de la psicología y de la psiquiatría, no con el fin de escribir una historia propiamente dicha de estas amplias ciencias, sino con él de rendir homenaje — en primer lugar — a los esfuerzos de los sabios de todos los tiempos quienes actuaron para que los hombres llegasen a ser "los iguales de los dioses" en el conocimiento y la curación de sus propios sufrimientos, lucha heroica contra los tabús, marcada por las siguientes etapas ontogenéticas :

Por las nieblas del conocimiento = onirismo y conocimiento concreto ; naturismo o conocimiento axiomático ; empirismo o conocimiento por la medicina.

Conocimiento por la fe o fe sin conocimierto = edad media y conocimiento ; renacimiento y conocimiento ; sobre la época moderna del conocimiento : por la libertad del conocimiento a la psiquiatríá ; la ternura contra la violencia axiologia fundamental psiquiátrica ; por la psiquiatría a las ciencias del hombre y del ambiente.

De la caridad a la psiquiatría social = la etapa de la asistencia caritativa ; la etapa moderna de la organizacíon de la asistencia psiquiátrica ; corrientes y opiniones en la psiquiatríá contemporánea ; lo ecologo-epidemiología y previsión psiquiátricas.

De la sucesión y confrontación de estas etapas evolutivas se deduce en conclusión el significado ético del croquis psico-gnoseológico, eso es, a pesar de que en el dominio de la psiquiatria se hizo frente la los rigores más ásperos de parte de las mentalidades, retrógradas, sin embargo se llegó a la apertura de perspectivas de la sociedad contemporánea, liberada de las interdicciones de la ignorancia en cuanto a los sufrimientos de nuestra propia alma.

La significación y las implicaciones del diagnóstico psiquiátrico, como segunda parte del libro, configura la tesis por la cual se estructura la nosología psiquiátrica y a la cual el autor contribuye, sacando lo esencial de las particularidades de la normalidad y de las perturbaciones de la personalidad.

Siguiendo consecuentemente el concepto tridimensional enunciado, se pone de relieve, por un lado, la tendencia a las exageraciones psiquiatrizantes de toda oscilacíon producida en la serie de los fenómenos psicológicos de adaptación, y, por otro lado, el hecho de que las enfermedades psíquicas expresan una concentración en foco de los factores de morbidez general, su dinámica variando concomitantemente en relación tanto con las predisposiciones como también con los parametros evolutivos de una sociedad dada.

Al sostener la tesis enunciada, se confrontan tendencias, opiniones y doctrinas para hacer sobresalir así los elementos conclusivos sobre la dinámica, la extensión y la agrupación de los estados mórbidos (por medio de una clasificación que es a la vez etiopatogénica, sindromática y sociológica — con elemento de referencia el nivel de conciencia hacia su propia persona y las interrelaciones sociales), según la configuración siguiente :

La psicogénesis — expresión dinámica y unitaria de las interrelaciones bio-psico-sociales = ontogénesis humana y riesgo mental ; la dinámica estadial — particularidad dominante en la ontogénesis del psiquismo infantil, la demodulación sensoriomotora — factor de estimación del riesgo mental potencial ; la edad mental y el coeficiente de inteligencia.

Las constituciones disarmónicas y las reacciones psicogenas de adaptación = la biopsicotipología y la clasificacion ; la psicogenía y la psicopatología de adaptación (las conversiones psicogenas — la egofilia estructural o el refugio intencional en la enfermedad, las neurosis — la egofobia estructural o síndrome reactivo de adapta-

Scanned with CamScanner

ción) ; la egofilia nuclear y el comportamiento aberrante ; la hipofrenia marginal y la oligofrenia gradual.

La procesualidad psicótica y las particularidades nosológicas = el síndrome psicótico reactivo agudo ; las psicosis de tipo endógeno predominante (el estado maniático, el estado melancólico, el síndrome maniaco-depresivo) ; las psicosis hipotímicas (la esquizotimia o el autismo temperamental, estados esquizoídicos y solipsismo mórbido, la psicosis hipotímica discorde — enfermedad endógena o síndrome reactivo) ; las psicosis paralógicas sistemáticas (idea o sistema delirante, delirios crónicos sistemáticos, la psicosis paralógica de forma mixta).

Las psicosis de tipo exógeno predominante (la meningo-nevraxita sifilítica — enfermedad en vía de desaparición, la onirofilia y la drogomanía — particularidad mórbida de las pulsiones humanas) ; los psicosíndromes endo-exógenos (la epilepsia — enfermedad o síndrome, la puerperalidad y las perturbaciones mentales, la senilidad y las turbaciones de la personalidad).

En esta parte del libro se pone de relieve la oposición del psiquiatra frente a las reminiscencias de la mentalidad retrógrada sobre la enfermedad y el enfermo psíquico, las relaciones del psiquiatra con las diferentes categorías de sufrientes y, finalmente, la opinión distinta del grupo sobre el enfermo mental y sobre el psiquiatra mismo.

Discutiendo los temas enunciados, el autor define también la posición ética del psiquiatra contemporáneo, no sólo como médico en el sentido general de la palabra, sino también como trabajador cívico de la sociedad de la cual forma parte y a la que puede influir al mismo tiempo.

La tercera parte del libro, y la última etapa del itinerario trata sobre la *Relación bio-psico-social como factor definidor en la terapéutica psiquiátrica,* intentando de realizar el equilibrio dialéctio de las partes por la siguiente lógica interior del fin propuesto.

Símbolo y tabú, parte y todo = sobre la psicoterapia y sus procedimientos, sobre la bioterapia y la medicación encefalotropa — "psicotropa", los criterios psiquiátricos aplicativos en urgencias medicales, la significación de un concepto tridimensional en la terapéutica psiquiátrica.

La orientación psicosomática tridimensional, por la cual milita el autor, se impone no sólo como una necesidad terapéutica en lo que se refiere a la sindromática llamada "funcional" sino también para contestar las preguntas que se hacen cada vez más evidentes en la opinión pública contemporánea : ¿ Qué es la enfermedad mental ? ¿ Cuál es el estatuto social del enfermo mental, considerado como irresponsable ? ¿ Cómo *debe ser y* cómo *es tratado* el congénere que está alienado ? Tales preguntas con resonancia para la condición humana, que determinaron al autor a intentar de contestarlas

Scanned with CamScanner

en le libro que acabamos de leer, estimula a toda persona con sentido dela responsabilidad cívica primero a reflexionar y después, a actuar en la "suerte de los locos", en función de las posibilidades de una sociedad dada. De hecho este problema de una manera polimorfa abordado por los utopistas o por los filántropos, por los ignorantes o por los mezquinos, constituye, un problema científico de organización social de primera importancia en todo el mundo, necesitando ser elaborado según un criterio político unitario, correspondiente al estado de desarrollo de cade sociedad. A este respecto, las directivas políticas sobre el mejoramiento de la asistencia de la población, se reflejan, de modo unívoco, también en el plan nacional de defensa y promoción de la salud mental, aprobado por el Consejo Sanitario Superior de la República Socialista de Rumania en 1971.

Se pueden deducir las razones, expresadas también en este libro, que determinaron al autor a militar pertinentemente para la creación — por medio del concepto tridimensional enunciado — de una base común para médicos y psicólogos, pedagogos y sociólogos, juristas y humanistas, artistas, militantes sociales y organismos comunitarios, con el fin de organizar para la sociedad la salvaguardia de su propia salud mental.

Hacia esta condición de elevación humana, que se perfila como una amplia acción preventiva de carácter instructivo-educativo, no se puede aspirar, por cierto, sin el conocimiento de los rasgos fundamentales de una psiquiatría social tridimensional y éste es el leit-motiv del *itinerario* por donde nos guía el autor, para descifrar los arcanos y los tabús acerca de nuestra propia alma y sus sufrimientos.

Scanned with CamScanner

LAOCOON, văzut de EL GRECO în tulburătoarea succesiune a generațiilor, avînd ca fundal aglomerarea toledană cu cerul său învolburat, își găsește motivația, ca motto plastic de primă pagină a unui ITINERAR PSIHIATRIC, întrucît autorul dezvoltă în cuprinsul acestuia un concept tridimensional bio-psihosocial, dinamic și totodată unitar, adresîndu-se în egală măsură — deși din unghiuri diferite de vedere — medicilor și psihologilor, pedagogilor, sociologilor și juriștilor, tuturor acelor care se preocupă de procesualitatea psihică.

Corespunzător conceptului enunțat, pe care profesorul Petre Brânzei îl fundamentează în spiritul tradițional determinist-științific și umanist al Școlii de psihiatrie de la Socola, LAOCOON nu reprezintă numai prefigurarea unui mit arhaic despre suferință și cauzele sale obscure, ci — mai presus de orice — dramatica confruntare umană cu forțele naturii și lupta eroică a înțelepților din toate timpurile pentru ca oamenii să devină „egali zeilor" în cunoașterea propriului psihism.

Scanned with CamScanner